



Società Italiana di
Partoanalgesia

RICHIESTA ISCRIZIONE CORSI DI FORMAZIONE S.I.E. SIAATIP

ATTENZIONE SCRIVERE IN MODO CHIARO STAMPATELLO

Il sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

il _____ residente a _____ (_____)

alla via _____ N° _____ CAP _____

E-mail: _____ tel: _____

C.F. _____

PROFESSIONE _____

CHIEDE DI PARTECIPARE AL SEGUENTE

ESECUTORE BLS-D E PBLSD.

IL CORSO SI TERRA' A SANT'ANTIMO SABATO 21/ 02 ORE 09.00

ATTENZIONE IL CORSO SARA' ATTIVABILE CON MINIMO 15 PERSONE

LUOGO E DATA _____ **FIRMA** _____