



Società Italiana di
Partoanalgesia

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

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 DOMENICA 06/ MARZO ORE 09.00

ATTENZIONE IL CORSO SARA' ATTIVABILE CON MINIMO 15 PERSONE

LUOGO E DATA _____ **FIRMA** _____