

**DESTINATARI:** tutti gli operatori non sanitari che possono essere i primi testimoni di eventi sanitari critici occorsi a bambini e che quindi sono chiamati ad intervenire. I destinatari sono generalmente lavoratori (sia addetti alle emergenze che personale non formato con il corso base di primo soccorso), volontari, sportivi, istruttori, accompagnatori e simile.

**CORSO BLSD-A (Basic Life Support & Defibrillation) PEDIATRICO** - uso di defibrillatore semiautomatico per **personale non sanitario**.

Corso svolto in collaborazione con un **Centro Accreditato dalla Regione FVG** e Veneto.

**DATI PER LA FATTURAZIONE:**

Rag. sociale o Cognome Nome se privato

Via	Comune	Prov.	CAP
Tel	PEC	Email	
P. IVA	C.F.		

**REFERENTE:** indicare i riferimenti per l'invio di comunicazioni

Cognome/Nome

Tel./Email

Si richiede emissione di fattura:

fattura ordinaria con IVA vigente (22%)

*Se soggetti*

codice destinatario o PEC

esente IVA split-payment

Pubb. Amm. (indicare CIG, num. protocollo e cod. univoco ente)

Note

**CONDIZIONI DI ADESIONE:**

- Quota a partecipante comprensivo di attestati:

**CORSO BLSD-A (Basic Life Support & Defibrillation) PEDIATRICO: 100,00 € + IVA**

**Pagamento tramite bonifico bancario prima dell'inizio del corso su IBAN IT 18 Z 02008 02216 0000 0061 2139**

**NOTA:** Il corso può essere frequentato sia da lavoratori dipendenti e collaboratori di aziende, sia da persone non occupate

- Alla fine di ciascun corso verrà rilasciato a ciascun partecipante che risulti in regola con i pagamenti e con le frequenze richieste (il 100% delle presenze), l'attestato nazionale di Esecutore BLSD emesso da IRC Comunità e l'**Autorizzazione nominativa rilasciata dal 112 competente** ove si è svolta l'attività formativa (**valido per la Regione FVG e Veneto**)
- La società si riserva di non attivare i corsi qualora non venga raggiunto il numero minimo di partecipanti previsto per ciascun corso o intervengano cause per le quali può essere compromesso il corretto svolgimento del corso stesso, avvisando i partecipanti iscritti e restituendo le quote versate. Eventuali rinunce non comunicate **per iscritto almeno 3 giorni lavorativi prima dell'inizio del corso** daranno luogo all'addebito dell'intera quota di iscrizione. La sostituzione del partecipante prima dell'inizio del corso è sempre ammessa.

Data

\_\_\_\_\_

Timbro / Firma

\_\_\_\_\_

Denominazione  
Azienda / Ente:

Modulo di iscrizione Rev05 - 2020

**CORSO BLSD-A (5 ore)**  
**Basic Life Support & Defibrillation**  
**PEDIATRICO**

L.120/2011, D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

**PARTECIPANTI AL CORSO**

Indicare per ogni partecipante data e sede del corso scelto (vedi calendario)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Indirizzo e comune residenza \_\_\_\_\_ Data corso \_\_\_\_\_ Sede corso \_\_\_\_\_

**Chiedo anche il rilascio dell'attestato del corso di aggiornamento pronto soccorso  
per aziende di gruppo B o C (ex. D.Lgs. 81/08 e DM 388/03) - Durata 5 ore**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Indirizzo e comune residenza \_\_\_\_\_ Data corso \_\_\_\_\_ Sede corso \_\_\_\_\_

**Chiedo anche il rilascio dell'attestato del corso di aggiornamento pronto soccorso  
per aziende di gruppo B o C (ex. D.Lgs. 81/08 e DM 388/03) - Durata 5 ore**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Indirizzo e comune residenza \_\_\_\_\_ Data corso \_\_\_\_\_ Sede corso \_\_\_\_\_

**Chiedo anche il rilascio dell'attestato del corso di aggiornamento pronto soccorso  
per aziende di gruppo B o C (ex. D.Lgs. 81/08 e DM 388/03) - Durata 5 ore**

*I dati forniti saranno trattati da Synergica Srl secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di privacy (vedi informativa)*

Compilare, firmare e inviare tutte le pagine alla mail:

**formazione@synergica.net**

Timbro / Firma \_\_\_\_\_

**Synergica s.r.l.**

Tel. 040 43833 - Cell. 370 3440543

[www.synergica.net](http://www.synergica.net)