***Al Dirigente Settore Amministrativo***

***Dr. Giuseppe Capuano***

***All'Ufficio Politiche Sociali***

***Ass. Soc. Dr.ssa Anna Chierchia***

***MODULO DI ADESIONE***

***Corso BLSD – Progetto “Cuore Sicuro”***

*Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*il \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*invia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*in qualità di (barrare una sola opzione):*

***☐ Titolare di esercizio commerciale situato in prossimità dei defibrillatori installati***

* *Denominazione esercizio commerciale*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***☐ Dipendente designato dal titolare***

* *Denominazione esercizio commerciale*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

* *Estremi del rapporto di lavoro ( es. contratto a tempo indeterminato/determinato, collaboratore ecc)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***☐ Appartenente ad associazione sportiva locale***

* *Denominazione Associazione:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

* *Numero tessera associativa*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***☐ Altro cittadino interessato***

***CHIEDE***

*di essere iscritto/a al corso BLSD (Basic Life Support and Defibrillation) organizzato dal Comune di Sant'Antonio Abate nell’ambito del progetto “Cuore Sicuro”.*

*SCELTA GIORNATA FORMATIVA (barrare una sola opzione):*

*☐ 15 OTTOBRE 2025*

*☐ 20 OTTOBRE 2025*

*☐ 23 OTTOBRE 2025*

***DICHIARA***

* *di essere consapevole che ogni giornata formativa è riservata ad un massimo di 25 partecipanti;*
* *che l’ammissione avverrà nel rispetto dell’ordine cronologico di presentazione delle domande e nel rispetto delle priorità stabilite dall’Avviso Pubblico;*
* *che al termine del corso, della durata massima di 5 ore, verrà rilasciato il certificato BLSD valido per i laici;*
* *di essere a conoscenza che la presente dichiarazione ha valore di dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e che in caso di dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto.*

*Alla presente domanda si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.*

*Sant'Antonio Abate,*

**Il dichiarante**