

Modulo iscrizione Corso PSS-D FMSI – Partecipante singolo

Modulo F073-B, rev. 2 - 29/10/2015



Federazione Medico Sportiva Italiana

Modulo da inviare a: pssd@fmsi.it

Oggetto: Modulo di richiesta per l'organizzazione di un Corso di **Primo Soccorso Sportivo con Defibrillatore (PSS-D) FMSI** per la formazione e qualificazione di operatori sportivi non sanitari "laici" autorizzati ai sensi del DM 18/03/2011 ("First Responder")

Corso	Primo Soccorso Sportivo con Defibrillatore (PSS-D) FMSI	
Struttura CONI [a cura della struttura CONI]		
Luogo di svolgimento [a cura della struttura CONI]	Città: _____ Sede: _____	Data prevista: _____ [a cura della struttura CONI]

Richiedente [inserire dati personali e allegare documento d'identità]	Nome Cognome: _____
	Luogo di nascita: _____ Data di nascita: ____ / ____ / ____
	Partita IVA / Codice fiscale: _____
	Indirizzo: _____
	Città _____ Prov. _____ CAP _____
	Contatti: e-mail _____ • cellulare _____
	Affiliazione/Ruolo Federazione/Società sportiva: _____ <input type="checkbox"/> Dirigente Sportivo <input type="checkbox"/> Allenatore, preparatore <input type="checkbox"/> Atleta Altro [specificare]: _____
Dati amministrativi [inserire dati per intestazione fattura se diversi da quelli indicati]	Titolo di studio: _____
	Ragione sociale: _____
	Partita IVA / Codice fiscale: _____
Importo e modalità di pagamento [allegare contabile]	Indirizzo: _____
	Contatti: telefono _____ • email _____
Importo e modalità di pagamento Bonifico bancario di importo pari a € 80,00 (oltre IVA se dovuta) intestato alla FMSI (IBAN: IT24Y035000320100000020722) indicante nella causale: Corso PSS-D _ Città _ Data _ Nome	

