Ed. Stradale – Corso per Formatori in Campania

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO PER l’abilitazione all’uso dei defibrillatori – 2019

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Pr\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.n°\_\_\_\_\_\_\_

E-mail (obbligatorio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. (obbligatorio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare (obbligatorio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

di essere ammesso/a al Corso per l’abilitazione all’uso dei defibrillatori. e, a conoscenza di quanto prescritto dalla normativa vigente sulle responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità:

D I C H I A R A

a) di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;

b) di essere in possesso del diploma di ………………………..…………………….…conseguito presso l’Istituto

…………………………………………..…….nell’a.s.…………..……;

c) di non avere in corso provvedimenti disciplinari da parte della F.M.I.;

d) di essere residente in Campania

e) di essere tesserato FMI nell’anno 2019

All’uopo allega:

2) Copia documento identità in corso di validità ……..……………..n°……………….… rilasciato da ……………….

il…………………………. Scadenza………………………

3) Copia tessera FMI 2019

Data……………………… Firma…………………………………………………..

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver acquisito le informazioni di cui all’art. 13 del D.lgs n.196/2003. Acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati “sensibili” di cui all’art.4 comma 1 lett.d), nonché art. 26 del D.lgs 196/2003.

Data……………………… Firma ………………………………………………….

La presente domanda, debitamente compilata e con allegata la documentazione richiesta, dovrà essere trasmessa alla:

Federazione Motociclistica Italiana

COMITATO REGIONALE CAMPANIA

Via Alessandro Longo 46/E 80127 NAPOLI

Tel. e Fax 081/2392425

campania @federmoto.it

***REGOLE AMMESSI AL CORSO***

Il CORSO

Il corso è riservato ad un massimo di 25 formatori,

Saranno ammessi al corso le istanze in ordine di arrivo e per numero di 25 partecipanti, con esclusione di tutte le istanze pervenute non conformi e/o non tempestive rispetto al raggiungimento del numero massimo degli ammessi.

Il corso si svolgerà presso il Centro Sociale di Roccapiemonte in data che verrà stabilita al raggiungimento

Del numero dei partecipanti previsti, qualora vi fossero ulteriori richieste ne verrà fissato un altro le cui domande dovranno essere però corredate dal versamento di € 50