  
COMUNE DI VEGLIE

*Provincia di Lecce*

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO GRATUITO PER LE “MANOVRE DI DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE IN ADULTI, BAMBINI E LATTANTI”

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Cognome: |  |
| Nato a: |  |
| Il: |  |
| Telefono: |  |
| email: |  |

*Indicare il giorno in cui si preferisce effettuare il corso (ai fini della composizione dei partecipanti farà fede il numero di protocollo):*

07/03/2016 14/03/2016 21/03/2016

Veglie, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *Spazio riservato all’Ufficio Protocollo* |