

Alla Spett.le

Società Nazionale di Salvamento

Sezione di Savona – Finale L.

17100 – SAVONA

FOTO

Il sottoscritto _____
COGNOME NOME

nato a _____ Prov _____ il _____

e residente a _____ Prov _____ CAP _____

Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

FA DOMANDA

per essere ammesso al corso di istruzione ed ai conseguenti esami di abilitazione per

OPERATORE D.A.E (defibrillatore automatico esterno)

Al riguardo, il sottoscritto, sotto la sua personale responsabilità, dichiara, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000:

a) di essere cittadino italiano:

b) di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi penali pendenti.

Autorizza inoltre, la S.N.S ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" al trattamento dei dati personali ai fini dell'iscrizione al corso e alla loro comunicazione all'ASL 2 di Savona per le successive pratiche di competenza relative al rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico esterno in conformità alla DGR 251 DEL 14.3.2002

(firma)
(COGNOME E NOME)