

Alla Spett.le

## **Società Nazionale di Salvamento**

Sezione di Savona e Finale L. – 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 alla qualifica di

### **OPERATORE DAE - BLS/D ESECUTORE**

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  comunitario  extracomunitario :

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. 101/18 "GDPR - Regolamento europeo per la 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

\_\_\_\_\_  
(COGNOME E NOME)