

**DESTINATARI:** tutti gli operatori non sanitari che hanno già svolto la formazione base "BLS-D - Uso defibrillatore" della durata di 5 ore. I destinatari sono generalmente lavoratori (sia addetti alle emergenze che personale non formato con il corso base di primo soccorso), volontari, sportivi, istruttori, accompagnatori e simile.

**CORSO RETRAINING BLS-D (AGGIORNAMENTO formazione Basic Life Support & Defibrillation) PEDIATRICO** - uso di defibrillatore semiautomatico per personale non-sanitario. Corso svolto in collaborazione con un **Centro Accreditato dalla Regione FVG**.

**DATI PER LA FATTURAZIONE:**

Rag. sociale o Cognome Nome se privato \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**REFERENTE:** indicare i riferimenti per l'invio di comunicazioni

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

Tel./Email \_\_\_\_\_

Si richiede emissione di fattura:

fattura ordinaria con IVA vigente (22%) *Se soggetti*

codice destinatario o PEC \_\_\_\_\_

esente IVA split-payment

Pubb. Amm. (indicare CIG, num. protocollo e cod. univoco ente)

Note

**CONDIZIONI DI ADESIONE:**

- Quota a partecipante comprensivo di attestati:

**CORSO RETRAINING BLS-D (AGGIORNAMENTO formazione Basic Life Support & Defibrillation) PEDIATRICO: 50,00 € + IVA**

**Pagamento tramite bonifico bancario prima dell'inizio del corso su IBAN IT 18 Z 02008 02216 0000 0061 2139 NOTA:**

Il corso può essere frequentato sia da lavoratori dipendenti e collaboratori di aziende, sia da persone non occupate

- Alla fine di ciascun corso verrà rilasciato a ciascun partecipante che risulti in regola con i pagamenti e con le frequenze richieste (il 100% delle presenze), l'**attestato nazionale di Retraining** per Esecutori BLS-D emesso da IRC Comunità e l'**Autorizzazione nominativa rilasciata dal 112 competente** ove si è svolta l'attività formativa (valido per la **Regione FVG** e Veneto)

- Alla fine di ciascun corso verrà rilasciato, a chi risulti in regola con i pagamenti e con le frequenze richieste (almeno il 90% delle presenze), un attestato di partecipazione. In caso di smarrimento o di distruzione dell'attestato è possibile richiederne una copia al costo di 5 € + IVA

- La società si riserva di non attivare i corsi, qualora non venga raggiunto il numero minimo di partecipanti previsto per ciascun corso o intervengano cause per le quali può essere compromesso il corretto svolgimento del corso stesso, avvisando i partecipanti iscritti e restituendo le quote versate. Eventuali rinunce non comunicate per iscritto almeno 3 giorni lavorativi prima dell'inizio del corso daranno luogo all'addebito dell'intera quota di iscrizione. La sostituzione del partecipante prima dell'inizio del corso è sempre ammessa.

- Gli iscritti stranieri possono frequentare il corso se sono in grado di comprendere la lingua italiana. Nel caso in cui il partecipante non conosca a sufficienza la lingua italiana sarà necessario tradurre la lezione nella lingua conosciuta dall'allievo. Tale attività è a carico del datore di lavoro, che può avvalersi di personale anche non qualificato come interprete, ma che dovrà partecipare alla lezione e sottoscrivere l'attività di mediazione linguistica nel registro del corso. Segnalare nello spazio note tale esigenza.

Data \_\_\_\_\_

Timbro / Firma \_\_\_\_\_

Denominazione  
Azienda / Ente:

\_\_\_\_\_

Modulo di iscrizione Rev02 - 2020  
**RETRAINING BLS-D (2 ore)**  
**Basic Life Support & Defibrillation**  
**PEDIATRICO**

L.120/2011, D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

**PARTECIPANTI AL CORSO**

Indicare per ogni partecipante data e sede del corso scelto (vedi calendario)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
Indirizzo e comune residenza \_\_\_\_\_  
Data e orario corso \_\_\_\_\_ Sede corso \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
Indirizzo e comune residenza \_\_\_\_\_  
Data e orario corso \_\_\_\_\_ Sede corso \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
Indirizzo e comune residenza \_\_\_\_\_  
Data e orario corso \_\_\_\_\_ Sede corso \_\_\_\_\_

*I dati forniti saranno trattati da Synergica Srl secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di privacy (vedi informativa)*

Compilare, firmare e inviare tutte le pagine alla mail:

**formazione@synergica.net**

oppure al fax:

**040 420830**

Timbro / Firma \_\_\_\_\_

**Synergica s.r.l.**  
Tel. 040 43833 - Cell. 370 3440543  
www.synergica.net