



Check-Up Service
F o r m a z i o n e

CORSO BLS-D

Basic Life Support & Defibrillation

(5 ORE)

Comunichiamo il calendario per l'anno 2026 dei corsi per Operatori BSL-D Basic Life Support & Defibrillation
(5 ore)
La docenza sarà svolta da personale qualificato.



<u>1^ edizione:</u>	25 febbraio 2026	(09.00-14.00)
<u>2^ edizione:</u>	25 maggio 2026	(09.00-14.00)
<u>3^ edizione:</u>	28 settembre 2026	(09.00-14.00)
<u>4^ edizione:</u>	27 novembre 2026	(09.00-14.00)

Sede di svolgimento **NUOVO INDIRIZZO:**

Check-Up Service SAFETY CENTER Via Aristotele, n. 83/85 - 42122 REGGIO EMILIA

Costi di partecipazione: Quota individuale: € 110,00 + IVA

Le imprese interessate possono compilare la scheda di iscrizione indicando
i nominativi dei partecipanti al corso di formazione ed inviarla all'indirizzo e-mail
formazione@checkupservice.it

Per Informazioni e Consulenze : Check-Up Service Ufficio Formazione -Tel 0522 369015

Check-Up Service S.r.l. - Soc. Unipersonale - Via Aristotele, 109 | 42122 Reggio Emilia T. 0522 369011
www.checkupservice.it | info@checkupservice.it P.IVA 01468750359

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Società: _____ P.IVA/C.F. _____

Indirizzo: _____

Datore di Lavoro: _____

ELENCO ISCRITTI:

NOME	COGNOME	CODICE FISCALE	EDIZIONE

☐ (compilazione obbligatoria)**L'azienda dichiara che i lavoratori iscritti nella tabella sopra indicata, possiedono una sufficiente conoscenza della lingua italiana (parlata e scritta) per la comprensione dei contenuti del corso.**Eventuali difficoltà linguistiche devono essere segnalate dall'azienda all'Ente di formazione, in fase di iscrizione, alla mail formazione@checkupservice.it.**Corso BLS-D Basic Life Support & Defibrillation (5 ore)**

presso

Check-Up Service SAFETY CENTER: Via Aristotele, n. 83/85 - 42122 REGGIO EMILIA**COSTI DI PARTECIPAZIONE: € 110,00 + IVA** (a partecipante)

MODALITA' DI PAGAMENTO: R.I.BA 30gg F.M. DATA FATTURA (o Vostro solito in uso)

Verrà rilasciato attestato di partecipazione.

Indicare l'indirizzo e-mail sul quale si desidera ricevere gli attestati in formato pdf: _____

Check-Up Service si riserva la facoltà di modificare le date e l'organizzazione dei corsi dandone congruo preavviso

*Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy pubblicata sul sito www.checkupservice.it e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati finalizzati all'erogazione del servizio da parte di Check Up Service Srl**Il sottoscritto conferma inoltre di aver informato i propri lavoratori iscritti, i quali a loro volta hanno prestato il consenso al trattamento dei propri dati finalizzati all'erogazione del servizio da parte di Check Up Service Srl*

Data, _____

Per accettazione (timbro e firma)

