

## AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO ATTESTATO BLSD

Il/La sottoscritto/a Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ Nato/a a: \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ Residente a: \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni false o mendaci:

☐ Non essere in possesso di un attestato BLSD

☐ Di essere in possesso di un attestato BLSD (Basic Life Support and Defibrillation)

- rilasciato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- dall'ente formatore: \_\_\_\_\_

- conseguito presso la sede di: \_\_\_\_\_

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_