



SCHEDA DI ISCRIZIONE

INVIARE A : Direzione DSM - fax n° 040-3997363

TITOLO DEL CORSO: _____

Edizione (data) _____

COGNOME _____ NOME _____

Professione _____ Disciplina _____

Ente d'appartenenza _____

Struttura / Unità Operativa _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Indirizzo _____

CAP _____ Provincia _____

Recapito telefonico _____ Cell _____

Codice fiscale _____

Indirizzo di posta elettronica _____

In base al D.vo 30/06/2003 n° 196 autorizzo gli organizzatori ad utilizzare i miei dati personali per gli scopi connessi al corso.

Data _____ Firma _____

- Aggiornamento obbligatorio
- Aggiornamento facoltativo
- Altro (specificare) _____

Firma per autorizzazione del Responsabile: _____