



SCHEDA DI ISCRIZIONE A CORSO DI FORMAZIONE

Corso: LA GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI

Data: 19/03/2019

Nome: _____ **Cognome:** _____

Luogo di Nascita _____ **Data di Nascita:** _____

Indirizzo: _____ **Cap:** _____ **Città:** _____

Telefono: _____ **Codice Fiscale:** _____

e-mail: _____ **Professione:** _____

Iscritto all'Ordine di: _____ **Numero iscrizione:** _____

Io sottoscritto autorizzo al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dalla Legge 676/96 del 31 dicembre 1996 e successive modifiche del Regolamento Europeo (UE) 2016/679

Data e Firma
