

DONNE IN SANITÀ

Generazione Donne Anaa



MODULO DI ISCRIZIONE DA RINVIARE COMPILATO E FIRMATO ENTRO IL 5/11/19

PER MAIL (segr.sicilia@anaao.it) o FAX ([095.438692](tel:095.438692))

(scrivere con caratteri leggibili)

Corso riservato a n. **40** partecipanti (iscritte e non all'Associazione)

COGNOME

NOME

INDIRIZZO (residenza) Via

CAP

CITTA'

PROV

TEL (ab)

TEL (osp)

CELL

E-MAIL

LUOGO DI NASCITA

DATA

AZIENDA ASP/A.O.

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali, come da informativa allegata, ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative dell' ANAAO ASSOMED.

Data _____ Firma _____