

# 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](mailto: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 \_\_\_\_\_