



Scheda di partecipazione all'Evento ECM dal titolo:

che si terrà il giorno _____ a _____

COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
INDIRIZZO E COMUNE	
CITTA'	
CAP	
PROVINCIA	
E-MAIL	
TELEFONO	
COD. FISCALE	
AZIENDA	
CITTA' AZIENDA	
UNITA' OPERATIVA	
QUALIFICA	
ISCRITTO IPASVI LATINA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Ai sensi del Dlgs. 196/2003 autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini di organizzazione del convegno.

Data _____

Firma _____

CONTATTARE IL NUMERO DI TELEFONO 0773601367 PER VERIFICARE LA DISPONIBILITA' DEI POSTI. ESEGUIRE IL VERSAMENTO SUL C/C POSTALE N. 52319449 INTESTATO A COLLEGIO PROV.LE IPASVI DI LATINA – SERVIZIO CORSI ED INVIARE LA RICEVUTA DEL VERSAMENTO INSIEME ALLA SCHEDA D'ISCRIZIONE, COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, PENA ESCLUSIONE DAL CORSO, AL NUMERO DI FAX. 0773624633.