

Scheda di iscrizione al MASTER di "RIABILITAZIONE REUMATOLOGICA" 2016 rivolto a Medici, Fisioterapisti e Infermieri
Sede: Villa Donatello, piazzale Donatello 14 - Firenze

Cognome _____

Nome _____

data di nascita _____ luogo di nascita _____

Provincia o Stato di nascita _____

Cittadinanza _____

residente in via/piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ comune _____ Prov. _____

domicilio (se differente da quello di residenza, per eventuali comunicazioni)

via/piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ comune _____ Prov. _____

Telefono _____ cellulare _____

e-mail _____

CODICE FISCALE _____ P. IVA _____

PROFESSIONE _____

TITOLO DI STUDIO _____

*** eventuali partecipazioni a Master post-Laurea:

ALLEGATI

- FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO;
- CURRICULUM VITAE

.....
(data)

.....
(firma)



Associazione Multidisciplinare Riabilitazione Reumatologica

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DI DATI PERSONALI

Si informa che i dati personali saranno trattati a norma del disposto di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003. I dati da Lei forniti verranno trattati per finalità contabili amministrative. I dati potranno essere utilizzati per la creazione di archivi cartacei o informatici ai fini dell'invio via e.mail, fax o posta, di proposte per futuri corsi o convegni. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta la nullità del rapporto.

(data)

(firma)
