**SCHEDA DI ISCRIZIONE:**

La presente scheda d’iscrizione dovrà essere compilata, firmata e trasmessa via e-mail a: [g.favaro@sanita.it](mailto:g.favaro@sanita.it), entro il **5 maggio 2017**.

Saranno accettate le richieste di iscrizione in ordine di ricezione fino ad esaurimento dei 100 posti disponibili.

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome:** | **Nome:** |
| **Data di nascita (gg/mm/aa):** | **Luogo di nascita: (Prov. )** |
| **ENTE DI APPARTENENZA:** |  |
| **Indirizzo:** | |
| **Città:** | **Provincia:** |
| **CAP:** | **Regione:** |
| **Telefono:** | **Fax:** |
| **E-mail:** | |

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:

**La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini amministrativi. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall’articolo 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi.**