

Prova attitudinale fisioterapisti Anno 2024

5 luglio 2024

Scheda identificazione partecipante

Scrivere in stampatello

COGNOME *	
NOME*	
Nazione di NASCITA*	
DATA NASCITA*	
INDIRIZZO (via, n. civico)*	
CAP CITTA' (Prov)*	
CODICE FISCALE*	
CELL.*	
E mail *	
DOCUMENTO tipo e numero da esibire al momento della prova *	

* campi obbligatori

Consenso al trattamento dei dati personali.

Il sottoscritto, a conoscenza dell'informativa ai sensi della legge 196/03 per le finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto in atto, esprime il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali.

Roma, _____

Firma _____