



Titolo del corso

IL RUOLO DELLA FAMIGLIA NEI DISTURBI ALIMENTARI

Il corso si svolgerà in data **02 APRILE 2020** dalle ore **08:15** alle ore **18:00** presso l'aula **BC** del Presidio San Paolo

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Cognome e Nome

Nato/ a

II

Residente a

Via/Piazza

N°

Provincia

C.A.P.

Telefono

Cellulare

Fax

E-Mail

Codice Fiscale

Professione

Disciplina

UUOO/ Servizio

Matricola

Al fine di effettuare l'iscrizione all'evento formativo in oggetto, la presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte e inviata tramite mail: sc.formazione@asst-santipaolocarlo.it.

Le informazioni contenute nella presente scheda verranno utilizzate per le gestione ECM e saranno trattate in conformità alle disposizioni contenute del D.Lgs 196/2003



Data

Firma

**Firma di autorizzazione del
Direttore/Coordinatore di UO/
Servizio**

**Firma di autorizzazione del
Direttore/Coordinatore di
Dipartimento**
