



Azienda Ospedaliera

## Istituti Clinici di Perfezionamento

Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione convenzionato con l'Università degli Studi di Milano

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

REGISTRAZIONE DATI ANAGRAFICI PARTECIPANTI

**Titolo**

**Data**

<input type="text"/>	<b>Importante:</b> Al fine di attestare la partecipazione al corso, è necessario compilare la scheda in tutte le sue parti in modo leggibile
----------------------	--

**Cognome**

**Nome**

**Data di nascita**

**Luogo di nascita**

**Codice Fiscale**

**Professione**

**Disciplina (solo laureati)**

**Azienda / Ente**

**Ruolo**

**Telefono ufficio**

**Fax**

**Telefono cellulare**

**Indirizzo e-mail**

**Comune di residenza**

**CAP**

**Indirizzo**

**N° civico**

Ai sensi del Dlgs n° 196/03, la informiamo che i dati forniti saranno utilizzati per gli scopi connessi alle attività di formazione.

**Firma**