

SCHEDA DI ISCRIZIONE

"MEDICINA DEI BISOGNI MEDICINA DEI DESIDERI"

SCHEDA DA INVIARE: FAX 011/819 92 02

Cod.fisc.....

Cognome.....

Nome.....

Nato a.....il.....

Via.....

CAP.....Città.....

Telefono.....

e-mail.....

Professione.....

PRIVACY

Il sottoscritto, informato ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali acquisiti dalla Casa di Cura Suore Domenicane sono trattati dallo stesso nel rispetto degli obblighi di correttezza, liceità, riservatezza e tutela dei diritti, nell'ambito dei compiti istituzionali dell'associazione,autorizza al trattamento dei proprio dati personali.

Data..... Firma.....