

CONSULTA REGIONALE PASTORALE SALUTE
CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN
PASTORALE DELLA SALUTE
2018

COGNOME e NOME	
Codice Fiscale	
Luogo e data di nascita	
Professione	
Residenza: Via/N° civico/ Località/CAP	
Telefono abitazione	
Telefono/i cellulari	
Indirizzo posta elettronica: E-mail	
Sede di Servizio e Telefono Sede di Servizio	
ECM NO ECM	

(scrivere in stampatello)

Privacy-informativa art.13 D.Lgs 196/2003

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dell'evento.