|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nuovocolorpoli**CRTER  | REPORT**DI ISCRIZIONE AL CORSO** | R04/P03Rev.0Del18/12/2015 |

**DA INVIARE A:** **trapiantoesportcrter@gmail.com** **oppure via fax: 051-6364700**

**Centro**

**Riferimento**

**Trapianti**

Emilia-Romagna

|  |
| --- |
|  |
|  **CORSO: PROGRAMMA REGIONALE “TRAPIANTO, ATTIVITA’ FISICA E SPORT”****PERIODO: 14 OTTOBRE 2019 dalle ore 13.45 alle ore 18.30****LUOGO: AULA DIPARTIMENTALE 1.16.05 IN 1C1 – 1° PIANO, SETTORE C,** **OSPEDALE SANT’ANNA, CONA (FERRARA)** |
|  |
| **TIPOLOGIA (ai fini ECM) \***  |
|  |
| **SEDE LAVORATIVA\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **PROFESSIONE/DISCIPLINA (ai fini ECM) \*** |
|  |
|  |
| **CODICE FISCALE \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |
| **NOME \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |
| **COGNOME \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |
| **E-MAIL \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |
| **DATA DI NASCITA \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |
| **LUOGO DI NASCITA \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |
| **CELLULARE \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |
| **Privacy e trattamento dati \***  |
|  |
| **Ho letto e accetto le condizioni della qui presente informativa sulla privacy**  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |