

SCHEDA DI ISCRIZIONE

(*) Campi obbligatori

Da compilare in stampatello

Cognome*

Nome*

Cod. Fisc. * Nato a* il*

Via* N.*

Cap. * Città *

Tel. *

Cell. * Fax

E-mail*

Partecipante all' evento nelle discipline: () Pediatra, () Pediatra di libera scelta, () Neonatologo, ()
Specializzando in pediatria

Titolo dell'evento INFEZIONI RESPIRATORIE NEL BAMBINO: OSPEDALE E TERRITORIO

Data dell'evento 22 Dicembre 2021

La scheda di iscrizione deve essere compilata ed inviata al seguente indirizzo: agenzia.newevents@gmail.com

Il trattamento dei dati personali viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs.

*196/2003 sulla tutela dei dati personali e le informazioni fornite verranno trattate per finalità
di gestione amministrativa dei corsi .*

Data/...../.....

Firma