

## COMPILARE IN STAMPATELLO IN TUTTE LE SUE PARTI

**INVIARE A MEZZO fax (02/57401701) o e-mail (formazione@lastrada.it) LA PRESENTE SCHEDA CON ALLEGATO IL BONIFICO DI PAGAMENTO e CON L'INDICAZIONE DEL NOME del PARTECIPANTE e TITOLO DEL CORSO/SEMINARIO**

**PER LE INFORMAZIONI GENERALI RELATIVE AL CORSO TELEFONARE AL n. 02/70633381**

**PER ISCRIZIONI e INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE TELEFONARE AL n. 02/55213838**

**TITOLO DEL CORSO o SEMINARIO:**

**DATA** (della PRIMA giornata del CORSO o dell'UNICA giornata del SEMINARIO) \_\_\_\_\_

**Sono venuto/a a conoscenza di questa iniziativa tramite:**

NEWSLETTER  PASSAPAROLA  SITO  INTERNET  DATORE DI LAVORO

COGNOME			
NOME			
NATA/O A		IL	
Codice Fiscale			
PROFESSIONE			
SERVIZIO DI APPARTENENZA			
TELEFONO FISSO			CELLULARE
E-MAIL			
INDIRIZZO	VIA		
C.A.P.	CITTA'		PROV.

**RICHIEDE CREDITI E.C.M. (Educazione Continua in Medicina)?**

SÌ  NO

**INDICARE GLI ESTREMI PER LA FATTURAZIONE + telefono e e-mail :**

- RIFERIMENTI SOPRA INDICATI  
 NUOVI RIFERIMENTI:

Si informa che il corso verrà attivato al raggiungimento minimo degli iscritti. Dieci giorni prima, gli iscritti riceveranno una conferma dell'effettivo inizio del corso. La quota di partecipazione non verrà restituita in caso di disdetta avvenuta dopo la comunicazione di conferma di avvio.

Autorizzo la Cooperativa La Strada al trattamento dei miei dati personali per tutti gli adempimenti relativi al Corso e per l'invio di materiale informativo relativo alle future iniziative ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003.

Data .....

Firma .....