



Policlinico di Monza
Istituto ad Alta Specializzazione

LA PATOLOGIA ARTICOLARE ELETTIVA



Scheda pre-adesione

SEDE DI SVOLGIMENTO

TITOLO EVENTO

DATE

DATI ANAGRAFICI

Cognome (*) Nome (*)

Codice Fiscale (*)

Luogo di nascita (*) Prov. (*) (.....) Data (*) / /

Residente in Via/le - Piazza/le (*) n° (*)

C.A.P. (*) Città (*) Prov. (*) (.....)

Telefono Cellulare (*) Fax

E-mail (*)

Professione (*) Disciplina (*)

Partita IVA

Come è venuto a conoscenza dell'evento

- www.isfai.it ricerca internet passaparola
 social network (Facebook, LinkedIn) pubblicità altro (specificare)

FIRMA _____

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste richiamate all'art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15 si dichiara che i dati riportati corrispondono allo stato reale della persona, che autorizza espressamente Policlinico di Monza al trattamento dei dati personali all'unico scopo di informazione, gestione amministrativa e organizzativa di erogazione di attività formative così come previsto D.Lgs. 196/2003.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

FIRMA _____