

SCHEDA DI ISCRIZIONE ANNO ACCADEMICO 2011-12

La /il sottoscritto/a:	
Nata/o a:	Prov.:
il:	
C.F.:	
Titolare di partita IVA: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Professione:	
Specializzazione:	
Indirizzo:	
CAP:	Prov.:
Località:	
Tel.:	
FAX:	
Email:	

Chiede l'iscrizione alla Scuola Effatà al seguente corso attivato per l'A.A. 2011-12

Corso per medici (152 ore annue) Corso per farmacisti (40 ore annue)

DATI PER FATTURAZIONE

Ragione sociale:	
Indirizzo:	
CAP:	Prov.:
C.F.:	
Partita IVA:	

La /il sottoscritto/a presta il consenso al trattamento dei dati personale in conformità al D.lgs 30.6.2003, n. 196.

Luogo e data _____

Firma _____