

## SCHEMA DI ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE

Da completare ed in tutte le sue parti ed inviare alla SEGRETERIA ORGANIZZATIVA,  
Ostetrica Diazzi Alessandra tel 0535602591 [a.diazzi@ausl.mo.it](mailto:a.diazzi@ausl.mo.it)

---

Cognome e Nome

---

Luogo e Data di Nascita

---

Codice Fiscale

---

Disciplina

---

Telefono e/o Fax:

---

E-mail

---

Indirizzo privato

---

CAP-Città

---

Struttura di appartenenza

### PRIVACY

*Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs.196/2003 sulla privacy.*

*I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla presentazione dei servizi richiesti.*

*N.B. In assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.*

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_