



**Titolo: BLSD STUDENTI
SCHEDA D'ISCRIZIONE**

Inviare alla segreteria organizzativa via e-mail

entro il _____

E-mail: angiolina.gennari@aulsslegnago.it

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ Pr. _____ il _____

COD.FISCALE _____

Qualifica _____

Disciplina _____

Ordine/Collegio/Assoc. _____ Pr. _____

Prov. in cui opera prevalentemente _____

Profilo lavorativo attuale:

- Dipendente del SSN
- Convenzionato del SSN
- Libero professionista in ambito sanitario
- Altro (specificare) _____

INDIRIZZO ABITAZIONE:

Via _____

CAP _____ Citta' _____ Pr. _____

TEL _____ Cell. _____

e-mail _____

pagamento quota iscrizione € 15,00

sul C/C Bancario: **BANCO POPOLARE SOC. COOP**

Cod. IBAN:

IT 75T 050 3459 540 000 000 300 000

Oppure versamento presso la cassa Ospedale con

Cod.: 900132

La fattura deve essere intestata a:

Cod. Fiscale: _____

Partita IVA: _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del
Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in
materia di protezione dei dati personali

Firma _____

**SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA
IN STAMPATELLO - GRAZIE**