



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE

ANAGRAFICA

DA COMPILARE IN STAMPATELLO

TITOLO INIZIATIVA FORMATIVA _____

COGNOME* _____

NOME* _____ SESSO F M _____

CODICE FISCALE _____

NATO/A A * _____ (_____)_il* _____

RESIDENTE A _____ (cap _____) _____

IN VIA _____

TEL.* _____ /CELL.* _____

E-MAIL _____

QUALIFICA/PROFESSIONE* _____

LAUREA IN * _____
(studente, tirocinante, specializzando, appartenente ad associazione di volontariato, ecc.)

ECM * SI
 NO

Acconsento al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003.

Data

Firma*

*CAMPI OBBLIGATORI

DA COMPILARE IN STAMPATELLO