



REGIONE PUGLIA



SIAN – ASL BR

Corsi per Allergie ed Intolleranza Alimentare

SCHEDA di PARTECIPAZIONE

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Codice fiscale _____

Denominazione Struttura _____

Indirizzo di residenza _____

Città _____

Tipologia di attività _____

Ruolo esercitato _____

Tel. Cell. _____

Tel. Lavoro _____

e-mail _____

Ai sensi del d.lgs 196/03 il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono al sottoscritto tutti i diritti previsti dalla legge.

DATA _____

FIRMA _____

Per informazioni contattare:

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Referente: _____ Uff. Igiene della Nutrizione _____ Tel _____ 0831/510095 _____

Fax _____//_____ e-mail _____ igienedellanutrizione@asl.brindisi.it _____

Le iscrizioni dovranno pervenire scritte in modo leggibile alla Segreteria Organizzativa entro il _____ via fax oppure e-mail.

LA PARTECIPAZIONE AL CORSO È GRATUITA