 **Allegato**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**INCONTRI INFORMATIVI sul tema " ALCOOL E LAVORO":**

**DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE**

**Direttore: Dr. Matteo Giordano**

 **(da inviare compilata all'indirizzo mail: gaetano.castriota@aslfg.it)**

**Cognome................................................................... Nome ......................................................**

**Luogo di nascita...................................................... Data di nascita .................................**

**Residenza............................................................................ CAP ...................... Prov ……….**

**Via..........................................................................................................N°.....................**

**Telefono.......................................................... Cell. ..........................................................**

**Fax.................................... e-mail\*....................................................................................**

**Professione**

**………….……………………………………………**

* **Dipendente ASL FG**

**(indicare la Struttura di appartenenza) .................…….................................................................**

1. ***Con la presente iscrizione acconsento al trattamento dei miei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modificazioni.***

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA**

**\* Tramite email verrà inviato il link di accesso**

****