

MODULO ISCRIZIONE CORSO

Titolo dell'evento	L'ARBITRATO SPORTIVO		
Data	19/10/2017	Luogo	MILANO

NOME E COGNOME			
CODICE FISCALE	DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO	NR. TESSERA SOCIO FMSI <small>(SE GIÀ ISCRITTO ALLA FMSI)</small>	
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA		
INDIRIZZO DI RESIDENZA	CAP	CITTA'	PROV.
TELEFONO	E-MAIL		
TITOLO DI STUDIO			
SPECIALIZZAZIONE MEDICA			
PROFESSIONE	ENTE DI APPARTENENZA		

Io sottoscritto dichiaro, sotto la mia responsabilità, che i dati sopra riportati sono corretti e veritieri, nonché rispondenti ai requisiti tecnico-professionali richiesti per l'accesso al Corso/Convegno. Preso visione dell'Informativa ex Art. 13 D.Lgs. 196/2003, presto il consenso a:

- trattamento dei dati personali forniti ai fini della partecipazione al Corso/Convegno
- comunicazione di iniziative organizzate dalla e/o invio di materiale promozionale.

Data e luogo:/.....

Firma:

INVIARE LA DOMANDA AD ENTRAMBI GLI INDIRIZZI E-MAIL:

segreteria.milano@fmsi.it

yxdim@tin.it