

LA DISFAGIA NEUROLOGICA IN ETA' PEDIATRICA

CONEGLIANO 25 MAGGIO 2019

SI PREGA DI COMPILARE CON ATTENZIONE TUTTI I CAMPI

Cognome, Nome _____

Data di nascita _____ Luogo _____ Prov. (____)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titolo di studio _____

Specializzazione (solo per medici, psicologi, biologi) _____

Professione _____

Ruolo all'interno dell'Ente _____

Residenza (via, piazza) _____ n° _____

Città _____ Prov. (____) Cap _____

Tel. _____ e-mail _____

Posizione Lavorativa:

Libero Professionista Dipendente Convenzionato Privo di occupazione

Operatore dell'Associazione "la Nostra Famiglia":

Dipendente Consulente Co.Co.Co. Co.Co.Pro
 Borsista Specializzando Tirocinante

Sede di **Bosisio Parini** - UO/Settore/Ufficio _____ Pad. _____

Sede di _____

Operatore di Ente esterno:

Ragione sociale _____

Via/Piazza _____ n° _____

Città _____ Prov. (____) Cap _____

Tel. Ente _____ e-mail _____

La informiamo che i dati personali da lei forniti saranno trattati per le finalità e nelle modalità descritte nell'informativa disponibile sul sito www.lanostrafamiglia.it, nella sezione "Chi siamo/Regolamento generale sulla protezione dei dati", che lei dichiara di conoscere

Data: _____

Firma _____