

|  |  |
| --- | --- |
| **SCHEDA ISCRITTI** |  |
| Numero iscrizione |  | Data iscrizione |  |  |  |  |  |  |  |  |  Sesso |  |  |  |  |
|  |  |
| Nome Cognome  | CF |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nato/a a  |  | il |  |
|  |  |  |  |
| Residente a  | in CAP |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Tel. | Cell |  |
|  |  |
| Luogo Laurea | Data Laurea |  |
|  |  |  |  |
| Luogo Abilitazione | Data Abilitazione | Sessione |  |
|  |  |  |  |
| Qualifica Professionale | Specializzazione |  |
|  |  |
| e-mail |  | PEC |  |
|  |  |  |
| Profili social |  |
|  |  |
| NOTE­ |  |

AUTORIZZO

in base alle norme del Regolamento UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti.

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Firma leggibile)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_