

SCHEDA ISCRIZIONE

CORSO DI FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO SPECIFICA SULLA CELIACHIA PER OPERATORI DEL SETTORE ALIMENTARE

(ai sensi della Determinazione Regionale n.3642 del 16/03/2018)

Ravenna, DATA CORSO _____

Sala Convegni CMP (Centro di Medicina e Prevenzione)
Via Fiume Montone Abbandonato n. 134

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente a _____ via _____

Cod. fiscale _____

Denominazione e indirizzo dell'esercizio _____

Qualifica _____

Recapito telefonico _____

e-mail _____

Indicare, se trattasi di :

- Formazione
- Aggiornamento

Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità consentite dal DLgs.196/03.

Firma

La scheda deve essere inviata tramite e-mail a nutrizionesian.ra@auslromagna.it