

CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN PASTORALE DELLA SALUTE 2019

PRIMO ANNO

COGNOME e NOME	
Codice Fiscale	
Luogo e data di nascita	
Professione	
Residenza: Via/N° civico/ Località/CAP	
Telefono abitazione	
Telefono/i cellulari	
Indirizzo posta elettronica: E-mail	
Sede di Servizio e Telefono Sede di Servizio	
ECM NO ECM	

(scrivere in stampatello)

inviare via mail all'indirizzo salute.progetti@diocesi.torino.it, oppure via fax 011.51.56.359

Indicare nella scheda l'indirizzo mail, per ricevere conferma di iscrizione.

i vostri dati saranno custoditi e trattati nel rispetto delle misure di sicurezza richieste dalla Legge