

UFFICIO PASTORALE SALUTE TORINO
CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN
PASTORALE DELLA SALUTE 2019
LE DIPENDENZE

| | |
|---|--|
| 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)

Ai sensi della Legge vigente, le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dell'evento