

MODULO DI ISCRIZIONE

Titolo del corso: **PRIMI MILLE GIORNI DI VITA (ECD)**

Data/e del corso 29 ottobre – 26 novembre – 10 dicembre 2019

Nome e Cognome: _____

Qualifica _____matricola _____

Struttura: _____ Edif. N. _____

Tel. _____ e-mail: _____

Data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto Decreto legislativo n°101 del 2018 e General Data Protection Regulation, UE n. 2016/679.

Firma _____

PARTE RISERVATA AL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott. _____ Responsabile

del _____

autorizza il/la Sig/ra, Dr./Dr.ssa _____.

a frequentare il suddetto Corso di Formazione nelle date suesposte.

Firma _____