SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO FORMAZIONE REGIONALE CELIACHIA

Il/la sottoscritto/a

Nome……………………Cognome……………………………

Indirizzo…………………………………………………………………Città………………………………………….………(…….) CAP..……………

Tel………………………....................................Cell….……………………………….......

email ………………………………………………….…….

Codice fiscale ........................................................................................................................................

PROFESSIONE……………………………………………………………………………………………………………………………………

AZIENDA…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

INDIRIZZO LAVORATIVO……………………………………………………………………………………………………………………

***CHIEDE***

di essere iscritto/a al Corso di formazione regionale celiachia alla seguente edizione (indicare solo un’edizione):

**10 Novembre 2025 show cooking **

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ai sensi del D.Lgs. 196/03, autorizza al trattamento dei propri dati personali per gli adempimenti necessari in relazione al corso e per l’invio di materiale informativo relativo a iniziative di formazione e/o pubblicizzazione dell'Istituto stesso***.

* Autorizzo
* Non autorizzo

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La scheda d’iscrizione debitamente compilata e firmata dovrà essere inviata **entro 5 giorni prima della data** del corso al seguente indirizzo emal: [formazione.dietistica@dimi.unige.it](mailto:formazione.dietistica@dimi.unige.it)