

policy

CORSO: PRENDERSI CURA DELLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA

Cognome**	Nome**
Professione**	
Inquadramento professionale:**	
• L – Libero Professionista • D – Dipendente	• C – Convenzionato • P – Privo di occupazione
Disciplina (per Medico, Farmacista, Veterinario)**	
Azienda Ospedaliera**	
Città	Prov
Ordine Professionale	Prov
DATI PERSONALI	
Data di nascita**Luogo di nascita**	Prov.**
Stato di nascita**	_
CF** /	
Indirizzo residenza	n. civico
CapCittà**	Prov**
DECA DITI	
RECAPITI Tel	
TelCell**_	
Email*/** Email PEC*/**	
* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avve	@
** dato obbligatorio	and isolizione ed eventuali comunicazioni.
Si prega di scrivere in modo leggibile.	
Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottos Segreteria Organizzativa e del Provider E.C.M, anche in relazione ad altre iniziati	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Data Firma	
Di caracita di alamana la infance de estalenca de la Tre de	
Di seguito si elencano le informazioni di contatto del Titola OPI Pavia - Via Flarer 10 – 27100 Pavia	are:
info@opipavia.it	
ппосоррамаль	

La invitiamo altresì a consultare l'informativa privacy di AGE.NA.S disponibile al link https://ecm.agenas.it/privacy-