****



 **“Benessere In…Cilento”**

**6 Ottobre 2018**

**Convento ex frati domenicani - Vallo della Lucania**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME\* |  |
| LUOGO e DATA DI NASCITA |  |
| INDIRIZZO\* |  |
| QUALIFICA PROFESSIONALE\* |  |
| CODICE FISCALE\* |  |
| TELEFONO e/o CELLULARE\* |  |
| EMAIL\*  |  |
| Quota Iscrizione |   **GRATUITO** |
|  | **Figure accreditate: medici, farmacisti, biologi, infermieri, psicologi,** |

|  |  |
| --- | --- |
|  **DATA** |  |
|  Autorizzo Non autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03  |
|  **FIRMA** |  |

* Dati obbligatori ai fini dell’iscrizione

**Il modulo va compilato e inviato alla segreteria organizzativa via fax 089463438**

**Oppure tramite mail reame.segreteria@gmail.com**