

SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO LA SEGUENTE SCHEDA ED INVIARLA TRAMITE E-MAIL ALL'INDIRIZZO: **OPESLATINAEVENTI@GMAIL.COM**



LatinAutismo

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

## Partecipazione al corso GRATUITA

Si ricorda ai partecipanti che al fine del rilascio dell'attestato di riconoscimento sarà necessario non superare 2 giorni di assenza dal seminario

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/2003

Data \_\_\_\_\_

Firma per accettazione \_\_\_\_\_

CON IL PATROCINIO DI



Osservatorio della Consulta delle  
Associazioni della Promozione  
Sociale



Istituto  
Superiore di Sanità

