

ANNO ACCADEMICO 2010/ 2011

SCHEMA DI ISCRIZIONE

“STORIA DELLA MEDICINA E ANTROPOLOGIA MEDICA (VII)”

Nome _____ Cognome _____

Luogo e Data di nascita _____

Indirizzo via _____ n° _____ Città _____ CAP _____

E-mail _____ Tel _____ Cell _____

Professione _____

*N° di matricola _____

*Corso di Laurea _____ Anno di Corso _____

*Qualifica Universitaria _____

*Struttura di riferimento _____

I dati personali forniti dall'interessato saranno trattati ai sensi della legge n° 675.

Data _____

Firma _____

INVIARE LA SCHEMA COMPILATA A :