



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

Celiachia
Corsi di Formazione/Informazione
per operatori della ristorazione ed albergatori

13 Ottobre 2009

__I__ sottoscritt_ chiede di essere iscritt_ al “Celiachia Corsi di Formazione/Informazione per operatori della ristorazione ed albergatori” e a tal fine, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, dichiara:

N.B. – I campi con l’asterisco sono obbligatori

Nome * _____ Cognome * _____

Codice Fiscale * _____

Luogo Nascita * _____ Prov. * _____ Data * (...../...../.....) _____

Professione _____

Disciplina _____

Istituzione di appartenenza * _____ P.IVA _____
(Pubblico Privato o libero professionista)

Indirizzo (Ist. di appartenenza) _____

Città _____ C.A.P. _____

Telefono* _____ Cellulare _____

Fax _____ E-mail* _____

Indirizzo Corrispondenza * _____

Città _____ C.A.P. _____

Data ____/____/____

Firma _____



Regione Lazio