

SCHEDA D'ISCRIZIONE
"Corso di formazione sulle Competenze di Counseling
per il personale operante nell'Hospice"
Ferrara, 14/01/2010 – 15/06/2010

Professione _____ Disciplina _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Città _____ PV _____

Tel _____ Cell. _____ Fax _____

E-mail _____

Motivazione per l'adesione al corso _____

PRIVACY

Con la presente autorizzo l'ADO alla gestione dei dati personali esclusivamente per scopi connessi alla partecipazione al Corso.
In qualsiasi momento potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo
scrivendo a: Associazione ADO Via V. Veneziani 54 – 44124 Ferrara

Data _____

Firma _____