

MODULO DI ISCRIZIONE

MODULO DI ISCRIZIONE AL I CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI DI RICERCA
IN REUMATOLOGIA

Cognome: _____

Nome: _____

Codice fiscale: _____

Ospedale di: _____

Tel. Fisso: _____

Tel. Mobile: _____

Ind. E-mail: _____

Indirizzo di residenza: _____

CAP: _____

Città: _____

Inviare cortesemente questo modulo compilato in tutti i suoi campi all'indirizzo
s.bombardieri@int.med.unipi.it, oppure per fax 050 502299.