***CORSO 20 ORE OMS/UNICEF PER OPERATORI SANITARI DELL’AREA***

***MATERNO INFANTILE***

***COUNSELLING PROMOZIONE E PRATICA SULL’ALLATTAMENTO AL SENO***

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**Cognome…………………………………………………………………………**

**Nome…………………………………………………………………………….**

**Residente a ……………………………………………………………………..**

**Via………………………………………… CAP ………………………….**

**Codice fiscale ……………………………………………………………………**

**Telefono. ……………………………………cellulare …………………………**

**E.mail …………………………………PEC ……………………………………**

**Documento di riconoscimento…………………………………………………..**

**Rilasciato da …………………………………n. ………………………………..**

**Iscritta/o al Collegio di Perugia al numero…………………………………….**

□ **Dipendente presso (specificare sede di lavoro)…………………………………**

**……………………………………………………………………………………..**

□ **Libero professionista …………………………………………………………….**

□ **In attesa di occupazione…………………………………………………………..**

 **-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.**

□ **Autorizzo il trattamento dati ai sensi della Legge 675/96**