

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO FORMAZIONE REGIONALE CELIACHIA

Il/la sottoscritto/a

Nome.....Cognome.....

Indirizzo.....Città.....(.....)

CAP.....

Tel.....Cell.....

email

Codice fiscale

PROFESSIONE.....

AZIENDA.....

INDIRIZZO LAVORATIVO.....

CHIEDE

di essere iscritto/a al Corso di formazione regionale celiachia alla seguente edizione (indicare solo un'edizione):

 **10 Novembre** **2025** **show cooking** 

Data _____ Firma _____

Ai sensi del D.Lgs. 196/03, autorizza al trattamento dei propri dati personali per gli adempimenti necessari in relazione al corso e per l'invio di materiale informativo relativo a iniziative di formazione e/o pubblicizzazione dell'Istituto stesso.

☐ Autorizzo

☐ Non autorizzo

Data _____ Firma _____

La scheda d'iscrizione debitamente compilata e firmata dovrà essere inviata **entro 5 giorni prima della data** del corso al seguente indirizzo email: formazione.dietistica@dimi.unige.it