

Scheda di pre-iscrizione

Per ricevere via email la scheda di iscrizione alla Cisl Medici compila il seguente modulo ed invialo via posta elettronica a segreteria@cislmediciemiliaromagna.it

Nome: * _____

Cognome: * _____

Sesso: M F

Codice Fiscale: * _____

Nato a: _____ il: ____ / ____ / ____

Indirizzo di residenza: _____

Comune: _____

CAP: _____ Provincia: _____

Qualifica: * Dipendente Convenzionato Libero professionista

ASL / A.Osp. : _____

Comune di lavoro: _____

Nazionalità: _____

Lingua: _____

Email: * _____

Telefono : _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali (DL. 196/2003)

Data: _____ Firma: _____