

FAX

Destinatario : Dott.ssa **E. Tragni** (Tel. 02/50318259)
Num. telefax : 02/50318292
Data :
Num. pagine :
Oggetto : **Corso di Perfezionamento Farmacovigilanza
Scheda di conferma iscrizione**
Messaggio : Oltre alla presente si inviano il Curriculum vitae et studiorum, altri eventuali titoli e copia dell'avvenuta iscrizione (rilasciata dal sito dell'Università).

Nome _____

Cognome _____

Titolo di Studio _____

Ente di appartenenza _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Tel. _____ Fax _____

Data _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96

(firma) _____