

# 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) \_\_\_\_\_