

ISCRIZIONE CONVEGNO 20 ottobre 2017 TERNI

L'ospedale che ci piace



Accogliere e prendersi cura della persona con disabilità intellettiva o relazionale.

COGNOME

NOME

DOMICILIO

CITTA'(.....)

TELEFONO

MAIL

QUALIFICA/RUOLO.....

ENTE/ASSOCIAZIONE

TRATTAMENTO DEI DATI

I dati saranno trattati a norma del d.lgs. 196/2003. I dati forniti verranno trattati per finalità amministrative ed organizzative legate ad eventi dell'Associazione Aladino Onlus o per statistiche interne. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e informatico.

Acconsento a ricevere comunicazioni sulle iniziative di Associazione

Aladino Onlus

Firma _____ Data.....

Inviare compilato e firmato all'indirizzo mail: aladinoterni@gmail.com