



MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO WILDERNESS MEDICINE PROGRAM (WMP)

Nome e Cognome

Data di nascita

P.IVA/C.F.

Residenza

Tel.

Fax

E- Mail

Professione

Altre qualifiche

Note

Luogo e data

Firma (leggibile)

I dati indicati saranno trattati nel rispetto delle disposizioni previste dal D.Lgs. n.196/03 relativamente alla tutela dei dati personali (Privacy).