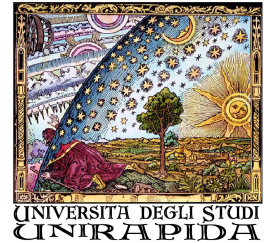


Università degli Studi Unirapida Milano

**CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN
FITOTERAPIA E PIANTE OFFICINALI**



(La presente scheda va compilata in stampatello leggibile in tutte le sue parti e firmata)

Cognome					
Nome					
Nato a		il			
Via				N.	
CAP		Città			
Provincia		Telefono			
Cellulare			E-Mail		
Laurea in					
Specializzazione					
Codice Fiscale del partecipante (obbligatorio)					

DATI PER LA FATTURAZIONE

Barrare se indirizzo abitazione
Barrare se indirizzo ambulatorio

Intestazione					
Via				N.	
CAP		Città			
Provincia		Telefono			
Fax			P. IVA		

Barrare se sprovvisto di P. IVA

Firma	
--------------	--

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96 nonché la diffusione di tali dati a società collegate a Unirapida **Sì** **No**

Data	
-------------	--

Firma	
--------------	--