



ALESSANDRIA, 23 FEBBRAIO 2019

COMPILARE IN STAMPATELLO E RESTITUIRE A:

SELENE Srl – Via Medici, 23 – 10143 Torino

E-mail: ciics@seleneweb.com - Fax 011 7499576

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____

Luogo _____

C.F. (obbligatorio per i crediti formativi ECM) _____

Via (residenza) _____

N. _____

Città _____

CAP _____

Prov. _____

Tel. _____

Fax _____

E-mail _____

Qualifica professionale _____

Disciplina _____

Ente/Ospedale _____