



Associazione Italiana Fisioterapisti Regione Liguria

COGNOME	
NOME	
CODICE FISCALE	
PARTITA IVA	
INDIRIZZO	
PROFESSIONE	
E-MAIL	
RECAPITO TELEFONICO	
DATORE DI LAVORO	
NUMERO TESSERA A.I.Fi.	

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili in base al D.Legs 675/96, esclusivamente a fini di carattere organizzativo e gestionale per il convegno in oggetto a cura dell'Associazione Italiana Fisioterapisti Regione Liguria.

luogo e data _____

Firma dell'interessato