

SCHEDA ISCRIZIONE SALA STUDIO S. LUCIA

NOME E COGNOME: _____

E-MAIL: _____

TEL: _____

FACOLTA': _____

ANNO DI CORSO: _____

Triennale

Specialistica

CITTA' DI PROVENIENZA: _____

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.L n. 196/2003. Dichiaro di aver letto e di accettare il regolamento della sala studio

DATA _____

FIRMA _____