

Sezione ISPLAD per Assistenti di Studio Dermatologico

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Nome _____ **Cognome** _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ **Città** _____ **Prov** _____

Tel. Cellulare _____ **Tel. Fisso** _____

E-mail _____

Data di nascita _____ **Luogo di nascita** _____

Cod. Fisc. _____

P. IVA. _____

TITOLO DI STUDIO (Allegare copia del Diploma alla scheda di iscrizione):

Tecnico cosmetologo

Infermiere

Operatore estetico o termale

INDICARE EVENTUALMENTE LO STUDIO O IL CENTRO MEDICO PRESSO CUI SI LAVORA:

Studio/Poliambulatorio _____

Titolare/Direttore Sanitario _____

Dermatologo _____

Indirizzo _____

città _____ Prov. _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____

QUOTA D'ISCRIZIONE GRATUITA