

CONVEGNO

Azione Centrale CCM sulla vigilanza coordinata

Roma, 10 aprile 2025
INAIL, Via IV novembre 144

MODULO DI REGISTRAZIONE

(in stampatello)

COGNOME _____

NOME _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

PROFESSIONE _____

INDIRIZZO _____ N° CIV _____

CITTÁ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ CELL. _____

EMAIL _____

Trattamento dati personali (ai sensi del D.Lgs 196/2003 come modificato dal D.Lgs 101/2018). Si autorizza il trattamento dei dati personali sopraindicati per gli adempimenti connessi all'evento

Data _____ FIRMA _____

La richiesta di iscrizione al convegno deve essere formalizzata inviando il modulo firmato all'indirizzo f.cosimi@inail.it

Si rilascia l'attestato di presenza solo a chi sarà presente in aula