



SEDE CENTRALE ENS – ONLUS
AREA SANITA'

DOMANDA DI ISCRIZIONE INCONTRO INTERREGIONALE PER I DIRIGENTI E SOCI ENS PROVENIENTI

DALLE REGIONI: CAMPANIA, MOLISE, BASILICATA, PUGLIA, CALABRIA, SICILIA

"NOVITA' SULLE COMMISSIONI MEDICHE ASL/INPS E PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE"

LAMEZIA TERME (CZ), 4 MARZO 2017

SPETT.LE SEDE CENTRALE ENS

protocollo@ens.it oppure fax **06.39805231**

SPETT.LE CONSIGLIO REGIONALE ENS CALABRIA

calabria@ens.it oppure fax **0961.61958**

___ L ___ SOTTOSCRITT _____ CHIEDE DI ESSERE ISCRITT _____

ALL' INCONTRO INTERREGIONALE "NOVITA' SULLE COMMISSIONI MEDICHE ASL/INPS E PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE" PER DIRIGENTI E SOCI ENS

ORGANIZZATO DALL'AREA SANITA' ENS

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI RESE E SOTTOSCRITTE NELLA PRESENTE DOMANDA HANNO VALORE DI AUTOCERTIFICAZIONE E CHE IN CASO DI DICHIARAZIONI E/O ATTI MENDACI SI APPLICANO LE SANZIONI PREVISTE DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (D.P.R. 445 del 28/12/2000 art. 76).

DATI OBBLIGATORI:

DATA DI NASCITA: ___/___/___ LUOGO DI NASCITA: _____ PROV. _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: _____

CAP: _____ CITTA': _____ PROV. _____

CODICE FISCALE: _____ CELL.: _____

EMAIL: _____

DOMICILIO (SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

INDIRIZZO: _____

CAP: _____ CITTA': _____ PROV. _____

IN QUALITA' DI:

PRESIDENTE REGIONALE DI _____

CONSIGLIERE PROVINCIALE DI _____

CONSIGLIERE REGIONALE DI _____

SOCIO

PRESIDENTE PROVINCIALE DI _____

