

**MODULO DI ISCRIZIONE**  
(campi obbligatori)

Cognome	
Nome	
Codice fiscale	
Recapito telefonico-Cellulare	
Email	
Titolo di studio	
Professione svolta	
Ente di appartenenza	
Ordine professionale di	
Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy relativa al trattamento dei miei dati personali (documento visibile sul sito <a href="http://www.fondazionevarenna.it">www.fondazionevarenna.it</a> )	<input type="checkbox"/> Letto e condiviso, presto il consenso
Data	
Firma	

INVIA ORA IL MODULO AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL: [eventi@fondazionevarenna.it](mailto:eventi@fondazionevarenna.it)