

DOMANDA DI PRESCRIZIONE

Master di II livello

Medicina Tradizionale Cinese (MTC)

**“Approccio integrato con la Medicina
Occidentale e riflessi clinici in Odontoiatria”**

Direttore: Prof. Letizia Perillo

Il/La sottoscritto/a.....
Titolo di studio Nato/a a
Cod. Fisc.
Residente a
Via Città.....
CAP..... Prov. Tel.....
Cell. Fax E-mail:

(Si prega di scrivere in stampatello)

Chiede la prescrizione al Master di II Livello in: **“Medicina Tradizionale Cinese (MTC) - Approccio integrato con la Medicina Occidentale e riflessi clinici in Odontoiatria”.**

Dichiara di possedere i titoli di studio sopra elencati e di impegnarsi a frequentare il Master secondo le modalità prefissate.

Con la firma apposta sulla presente scheda, in piena conoscenza del d.lgs 679/2016 art. 17, sul trattamento dei dati personali, autorizzo sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali nei limiti predetta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Firma Data



Per iscriversi inviare a: letizia.perillo@gmail.com

Per info telefonare a: 081 5665495 o 081 5665501

Anno Accademico 2018 - 2019