**Centro professionale sociosanitario Locarno**

**Formazione continua**

**1. GENERALITÀ**

Cognome: ……………………………………………………… ... Nome: …………………………………………………………..................

Via e no.: ……………………………………………………… ... NAP-Località: …………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………………………

Data di nascita: ………………………………………………… Nazionalità: ……………………………………………………………........

Attinenza (CH): ………………………………………………….

Con la presente confermo la mia iscrizione all’esame del modulo in oggetto.

Luogo e data: Firma:

………………………………………………….. ……………………………………………………………

Inviare a: roberto.mossi@edu.ti.ch