

Modulo di Adesione

Medicina Narrativa

NOME: _____

COGNOME: _____

NOME DELL' ASSOCIAZIONE / ENTE / UNIVERSITA', etc. _____

INDIRIZZO (Via, Cap, Città) _____

E-MAIL *(della persona che sottoscrive il modulo)* _____

TEL *(fisso ed eventuale cellulare)* _____

DATA

FIRMA

Per favore, compilare in ogni voce ed inviare via mail a taruscio@iss.it o tramite Fax al numero 06-49904370