

Modulo di sottoscrizione della Raccomandazione

Network Italiano Promozione Acido Folico per la Prevenzione Primaria di Difetti Congeniti

NOME: _____

COGNOME: _____

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

INDIRIZZO DELL' ENTE / UNIVERSITA', etc. (Via,Cap,Citta')

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

TEL *(fisso ed eventuale cellulare)* _____

SETTORE DI COMPETENZA *(genetica, comunicazione, alimentazione, etc.):*

DICHIARO DI SOTTOSCRIVERE LA RACCOMANDAZIONE

DATA

FIRMA

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