	ANAGRAFICA							
n	**COGNOME discente**	**NOME discente**	**LUOGO DI NASCITA discente**	**DATA DI NASCITA discente (gg mm aaaa)**			**CODICE FISCALE discente**	**PROFESSIONE discente(validare il campo solo se sanitario= medico = M / infermiere = I)**
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

COMITATO		INDIRIZZO			
COMITATO REGIONALE CRI	COMITATO CRI	VIA/PIAZZA	CAP	CITTA'	MAIL
LAZIO					
LAZIO					
LAZIO					
LAZIO					
LAZIO					
LAZIO					
LAZIO					
LAZIO					
LAZIO					
LAZIO					

CONTATTI	
TELEFONO 1	TELEFONO 2