



**SCHEDA INFORMATIVA - SPORTELLO PER IL CITTADINO CONSUMATORE**  
**Da compilarsi a cura del professionista DMT APID**

**Nome Cognome:**

**Email di riferimento attuale e valida:**

**Città dove svolge l'attività di DMT:**

**Titolo di studio:**

**Professione:**

**Formazione APID presso:**

**Iscrizione al Registro DMT APID: n°                      anno**

**Ambito di applicazione dell'attività di DMT:**

**Breve presentazione dell'attività professionale svolta (max10 righe):**