

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente in via

Città Prov. (CAP

* Codice Fiscale * **Professione**

Libero professionista

Dipendente

Convenzionato

Telefono fax e-mail

chiede di iscriversi al corso “Le patologie dello sviluppo neuro-psichico alla luce delle ultime scoperte in neuro-fisiologia”.

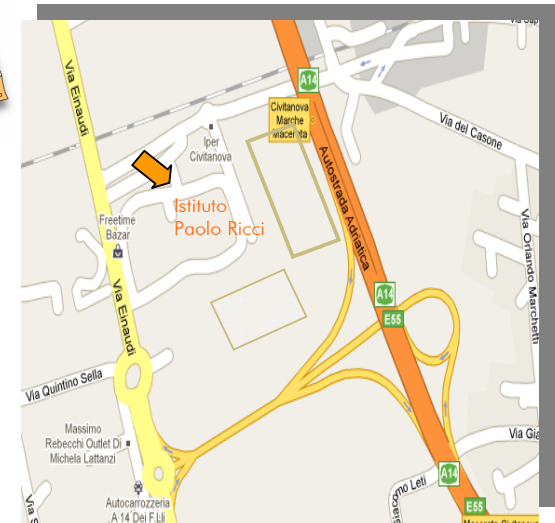
.....li.....
Firma
.....

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi della L.196/2003 per tutti gli adempimenti della segreteria del corso.

Firma
.....

Fatturazione intestata a : P.I o CF

Via Cap Città



MODALITA' DI ISCRIZIONE

L'iscrizione avviene mediante l'invio del presente modulo tramite posta ordinaria o fax al n. 0733/7836200 unitamente alla copia del versamento della quota di iscrizione. **Si ricorda che sono disponibili max 25 posti.** Le quote versate non saranno rimborsate.

SEDE

Sala Eventi Istituto “Paolo Ricci”, via Einaudi 144 - 62012 – Civitanova Marche (MC)



INFO

www.paoloricci.org . formazione@paoloricci.org
tel 0733 78361 - fax 0733 7836200