



TITOLO: "CORSO BOBATH EBTA DI LIVELLO BASE" LA RIEDUCAZIONE DELLE PARALISI CEREBRALI INFANTILI E CONDIZIONI NEUROLOGICHE AFFINI - CONCETTO BOBATH		
DATE DI SVOLGIMENTO: Da Mer. 11 A Dom. 15 Novembre 2020 Da Mer. 09 A Dom. 13 Dicembre 2020 Da Mer. 13 A Dom. 17 Gennaio 2021 Da Mer. 10 A Dom. 14 Febbraio 2021 5° Modulo (Date da Stabilire) Da Mer. 07 A Dom. 11 Aprile 2021 Da Mer. 12 A Dom. 16 Maggio 2021 Da Mer. 09 A Dom. 13 Giugno 2021	SEDE DI SVOLGIMENTO AIAS SEZIONE DI ACIREALE VIA LAZZARETTO, 55 95024 ACIREALE (CT)	CREDITI ECM: COME DA INDICAZIONI RIPORTATE IN BROCHURE PER CIASCUNO DEI PROFESSIONALI ACCREDITATI

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Prima di effettuare il pagamento, è opportuno verificare la disponibilità dei posti, presso la Segreteria Organizzativa.

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ C.F. _____

Indirizzo _____ Città _____

Cap _____ Prov _____ Tel _____

Cell _____ E-mail _____

Struttura di appartenenza _____ Qualifica Professionale _____

SPECIFICARE GLI ESTREMI DI INTESTAZIONE DELLA FATTURA:

Ragione Sociale _____

Sede _____ Città _____

Cap _____ Cod. Fisc. _____ P. IVA _____

L'iscrizione si effettua inviando alla Segreteria Organizzativa, per posta o per fax, la scheda di iscrizione, la copia del titolo di studio, la copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale.

- Bollettino da effettuarsi sul n. c/c postale 61552204 intestato a Stefano Viciconte, Via Luigi Pirandello n° 29 – 91013 Calatafimi Segesta (TP)
- Bonifico Bancario intestato a Stefano Viciconte Ufficio Postale di Calatafimi Segesta (TP) Coordinate IBAN: IT 09 0 07601 16400 000061552204

Si informa che, ai sensi del D.Lgs 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, i dati personali verranno raccolti dalla Segreteria Organizzativa solo ed esclusivamente per le presenti finalità di iscrizione all'evento e per le necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha la facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o la cancellazione dei propri dati rivolgendosi alla Segreteria stessa.

Dò il consenso – Luogo, Data _____

Firma _____

Sede: Via L. Pirandello, 29 - 91013 Calatafimi Segesta (TP)

Tel/Fax: 0924 954566 – Cell 329 1167179

E-mail: stefanoviciconte@libero.it

C.C.I.A.A. : Nr. R.E.A. 151508 - P.IVA : 02184130819

