



TITOLO: "CORSO BOBATH EBTA DI LIVELLO BASE"		
LA RIEDUCAZIONE DELLE PARALISI CEREBRALI INFANTILI E CONDIZIONI NEUROLOGICHE AFFINI - CONCETTO BOBATH		
DATE DI SVOLGIMENTO:		CREDITI ECM:
Da Mer. 09 A Dom. 13 Giugno 2021	SEDE DI SVOLGIMENTO AIAS SEZIONE DI ACIREALE VIA LAZZARETTO, 55 95024 ACIREALE (CT)	RIPORTATE IN BROCHURE
Da Mer. 21 A Dom. 25 Luglio 2021		PER CIASCUNO DEI
Da Mer. 15 A Dom. 19 Settembre 2021		PROFESSIONALI ACCREDITATI
Da Mer. 06 A Dom. 10 Ottobre 2021		
Da Ven. 22 A Dom. 24 Ottobre 2021		
Da Ven. 26 A Dom. 28 Novembre 2021		
Da Mer. 15 A Dom. 19 Dicembre 2021		
Da Mer. 26 A Dom. 30 Gennaio 2022		
Da Mer. 09 A Dom. 13 Febbraio 2022		

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 _____

Indirizzo P.E.C (Posta Elettronica Certificata) _____

Struttura di appartenenza _____ Qualifica Professionale _____

SPECIFICARE GLI ESTREMI DI INTESAZIONE DELLA FATTURA:

Ragione Sociale _____

Sede _____ Città _____ Cap _____

Cod. Fisc. _____ P. IVA _____ Codice Univoco _____

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

- o 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

