



TITOLO: "CORSO BOBATH EBTA DI LIVELLO BASE"		
LA RIEDUCAZIONE DELLE PARALISI CEREBRALI INFANTILI E CONDIZIONI NEUROLOGICHE AFFINI - CONCETTO BOBATH		
DATE DI SVOLGIMENTO:		<b>CREDITI ECM:</b>
Da Mar. 29 <b>Nov</b> A Dom. 4 <b>Dic.</b> 2022		COME DA INDICAZIONI
Da Mer. 25 A Dom. 29 Gennaio 2023		RIPORTATE IN BROCHURE
Da Mar. 21 A Dom. 26 Febbraio 2023	SEDE DI SVOLGIMENTO	PER CIASCUNO DEI
Da Mer. 15 A Dom. 19 Marzo 2023	SOC. COOP. AMICA	PROFESSIONALI ACCREDITATI
Da Ven. 14 A Dom. 16 Aprile 2023	VIA AUGUSTA, 33	
Da Ven. 05 A Dom. 07 Maggio 2023	96100 SIRACUSA (SR)	
Da Mer. 17 A Dom. 21 Maggio 2023		
Da Mer. 07 A Dom. 11 Giugno 2023		
Da Mer. 05 A Dom. 09 Luglio 2023		

### 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 INTESTAZIONE DELLA FATTURA:

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_ Codice Univoco \_\_\_\_\_

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.

- 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](mailto:stefanoviciconte@libero.it)

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

