



“Formazione & Consulenza” di Stefano Viciconte

ORGANIZZAZIONE CORSI ECM

TITOLO: “CORSO BOBATH BASE” Secondo Le Norme Internazionali I.B.I.T.A.		
DURATA: 15 Giorni DATEDI SVOLGIMENTO Da Merc.10 a Dom. 14 Aprile 2024 Da Sab. 06 a Merc. 10 Luglio 2024 Da Sab. 21 a Merc. 25 Settembre 2024	SEDE DI SVOLGIMENTO: CENTRO “MEDICA.IT” C.DA TERRENOVE, 442 91025 MARSALA (TP)	CREDITI ECM <u>2024-2025:</u> 50 PER IL CORSO BOBATH 2024 *47 PER IL CORSO GRATUITO 2025* *Vedi Brochure*

SCHEDA D'ISCRIZIONE

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

Cognome _____ Nome _____

Data dinascita _____ 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 elettronica 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.

Do il consenso – Luogo, Data _____

Firma _____

SEDE: VIA L. PIRANDELLO, 29-91013 CALATAFIMI SEGESTA (TP)

TEL/FAX: 0924 954566 – CELL 3291167179

E-mail: stefanoviciconte@libero.it

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