



TITOLO: "CORSO BOBATH EBTA DI LIVELLO BASE" LA RIEDUCAZIONE DELLE PARALISI CEREBRALI INFANTILI E CONDIZIONI NEUROLOGICHE AFFINI - CONCETTO BOBATH		
DATE DI SVOLGIMENTO: Da Mar. 12 A Ven. 15 Novembre 2024 Da Sab. 16 A Dom. 17 Novembre 2024 Da Mer. 11 A Dom. 15 Dicembre 2024 Da Mer. 22 A Dom. 26 Gennaio 2025 Da Mer. 19 A Dom. 23 Febbraio 2025 Da Ven. 14 A Dom. 16 Marzo 2025 Da Ven. 28 A Dom. 30 Marzo 2025 Da Mer. 23 A Dom. 27 Aprile 2025 Da Mer. 21 A Dom. 25 Maggio 2025 Da Mer. 18 A Dom. 22 Giugno 2025	SEDE DI SVOLGIMENTO FONDAZIONE O.R.T.U.S. ONLUS VIA GRAVINA, 18  95014 GIARRE (CT)	<b>CREDITI ECM:</b> 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 \_\_\_\_\_

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