



“Formazione & Consulenza” di Stefano Viciconte

ORGANIZZAZIONE CORSI ECM

Titolo: “TRATTAMENTO ARTICOLARE NEURO-FASCIALE Valutazione Trattamento Integrato Delle Relazioni Tra Articolazioni Sistema Nervoso Periferico e Sistema Fasciale”.		
DURATA: 4 Giorni	SEDE DI SVOLGIMENTO	CREDITI ECM
DATA DI SVOLGIMENTO	VIA AQUILEIA, 32	47 Per Ciascuno dei
Sab 17 – Dom 18 Ottobre 2026	90144 PALERMO (PA)	Profili Professionali Accreditati
Sab 14 – Dom 15 Novembre 2026		

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 _____

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.

Dò il consenso – Luogo, Data _____

Firma _____

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

CELL 329 1167179 - e-mail: stefanoviciconte@libero.it

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