



NE.O.REHAB

**“MANIPOLAZIONE FASCIALE®
METODO STECCO®
CORSO DI 1° E 2° LIVELLO**

DURATA: 12 Giorni DATA DI SVOLGIMENTO Ven. 15 – Dom. 17 Gennaio 2027 Ven. 05 – Dom. 07 Febbraio 2027 Ven. 02 – Dom. 04 Aprile 2027 Ven. 23 – Dom. 25 Aprile 2027	SEDE DI SVOLGIMENTO Studio di Fisioterapia Ne.O.Rehab Via Gin Noberasco n.2 17031 Albenga (SV)	CREDITI ECM 50 Per I Profili Sanitari Indicati in Brochure
---	--	---

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 _____

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

Struttura di appartenenza _____ Qualifica Professionale _____

SPECIFICARE GLI ESTREMI DI INTESTAZIONE DELLA FATTURA ELETTRONICA:

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.

☐ Bonifico Bancario intestato a Stefano Viconte Ufficio Postale di Calatafimi Segesta (TP)

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)

CELL 329 1167179 / e-mail: stefanoviconte@libero.it

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