

CORSO DI APPROCCIO ALL'OTTICA PSICOMOTORIA

Il presente modulo va inviato alla Segreteria via mail:
amministrazione@jonathancooperativa.it

MODULO D'ISCRIZIONE

Cognome

Nome

Nato/a il / /

residente in Via N°

C.A.P. Città Provincia

Tel. Cell.

e-mail

Data / / Firma _____

Ai fini del rilascio della fattura si prega di compilare

Intestatario

residente in Via N°

C.A.P. Comune Provincia

Email

Cod. Fisc./P.iva

Data / / Firma _____

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

EDUCATORE PROFESSIONALE;

INSEGNANTE;

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;

PSICOMOTRICISTA;

PSICOLOGO/A;

ALTRO

I dati personali saranno trattati solamente ai fini didattici e amministrativi connessi alla realizzazione del corso(D.lgs 196/2003)