

CORSO DI FORMAZIONE ATTRAVERSO IL DISEGNO

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 19612003)