



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**TEST KINESIOLOGICO – 1° LIVELLO
ROMA 23 – 24 MAGGIO 2025**

Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al n° 081- 3951796 o via mail rori14@libero.it

*MODULO D'ISCRIZIONE
Si prega di COMPILARE in stampatello*

Cognome _____

Nome _____

Nato/a. _____ il _____ / _____ / _____ residente

in Via. _____ N° _____

C.A.P. _____ Citta. _____ Provincia _____

tel _____ cell _____ fax. _____

e-mail _____ Cod. Fisc. _____

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 ..(CODICEUNIVOCO) _____

Data _____ Firma _____

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- INFERMIERE;;
- FARMACISTA;
- LOGOPEDISTA;
- FISIOTERAPISTA;
- DIETOLOGO;
- NUTRIZIONISTA;
- ODONTOTECNICO;
- TNPEE;
- OSTEOPATA;
- PSICOMOTRICISTA.