

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Chiedo di essere iscritto/a al

**CORSO annuale di medicina Psicosomatica 2009-2010**

**MODULO del** \_\_\_\_\_

Ho versato la quota d'iscrizione di € 50

(Il versamento può essere effettuato direttamente presso la sede oppure tramite bonifico bancario almeno 30 giorni prima della data del corso)

Ho saputo del corso tramite \_\_\_\_\_

Autorizzo al trattamento dei dati personali a norma del T.U. sulla privacy, D.L. 196/03.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Da restituire compilata e firmata al numero di fax 06.97258889 o tramite posta ordinaria a Studio di Medicina Psicosomatica, Dott. C. Carloni, Viale dei Primati Sportivi, 50 00144 ROMA