

# Scheda di iscrizione

da inviare via fax al n 081.0112400

## ANATOMIA PALPATORIA

La quota di partecipazione al corso è di € 180,00 per la sede di Napoli ed € 200,00 per la sede di Roma

Il pagamento verrà richiesto dalla segreteria e frazionato in due parti.

**Mi riservo di consegnare entro la I data del corso copia del titolo professionale e ricevuta pagamento acconto.**

.....  
Cognome e Nome

.....  
Figura professionale

.....  
Data di nascita Luogo di nascita

.....  
Indirizzo (via, città, cap)

.....  
E-mail e telefono cellulare

.....  
Codice fiscale / Partita IVA

Specificare:  dipendente  libero professionista

Il sottoscritto presta il proprio consenso, ai sensi del D.L.vo n°196/03 per il trattamento, la comunicazione e la diffusione dei dati indicati nel presente modulo di iscrizione, per le finalità connesse alla presente attività formativa, nonché per la promozione di altre iniziative di formazione

FIRMA.....

### AI FINI DEL RILASCIO DEI CREDITI ECM DICHIARO INOLTRE

( ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.)

IL sottoscritto consapevole della responsabilità civile e penali per dichiarazioni mendaci o non veritiere, dichiara di *essere in possesso del titolo di studio* ....., *rilasciato in data* .....

*conseguito presso* .....

Data.....

Firma

.....