



Modulo di
iscrizione

Corso di
Educazione Prenatale e Perinatale in Psicologia e Medicina

Nome _____ Cognome _____

Via _____ CAP _____ Città _____

Tel _____ Fax _____ e-mail _____

Data di nascita _____ Luogo _____ C.Fiscale _____

Professione _____

Desidero iscrivermi al corso a Bisceglie

Desidero iscrivermi ad un singolo week-end Data _____

Richiesta ECM che pagherò a parte

psicologia

medicina

ostetricia

altro

Do il consenso al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. Del 30/06/2003.
Ho preso visione delle condizioni e modalità di iscrizione e ne accetto il contenuto.

FIRMA
