

SCUOLA DI FORMAZIONE POSTURALAB
DOMANDA D'ISCRIZIONE
- CORSO DI POSTUROLOGIA I LIVELLO -

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

CODICE FISCALE _____

PROFESSIONE _____

TITOLO DI STUDIO _____

REC. TELEFONICO _____

E-MAIL _____

FIRMA

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. L. 30 giugno 2003 n. 196 e all'utilizzo del materiale da me fornito nell'ambito delle attività proposte dall'ass. PosturaLAB.

FIRMA

INVIARE IL PRESENTE MODULO FIRMATO ALL'INDIRIZZO: info@posturalab.com