



Fondata nel 1992

Scuola Craniosacrale di Milano
via Maiocchi 18 – 20129 Milano

DOMANDA DI ISCRIZIONE
SEMINARIO INTRODUTTIVO 11 – 12 NOVEMBRE 2017
LE COMPETENZE DELL'OPERATORE

NOME E COGNOME-----

DATA E LUOGO DI NASCITA-----

INDIRIZZO E CAP-----

TELEFONI-----

CODICE FISCALE ED EVENTUALE PARTITA IVA-----

EMAIL-----

PROFESSIONE-----

TITOLO DI STUDIO-----

Ai sensi dell'art. 10, Legge 675/96 sulla "tutela delle persone o di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" autorizzo l'associazione Kalapa ad inserire i miei dati personali nel proprio archivio per uso informativo. Gli stessi non verranno divulgati a terzi.

Data

Firma