

Domanda di iscrizione al Corso Post Graduate I Ritmi della Salute

Compilare in modo leggibile tutti i campi ed inviare a
comunicazione@kairos-osteopatia.it insieme agli allegati richiesti

COGNOME _____

NOME _____

INDIRIZZO _____

COMUNE _____

TELEFONO _____

EMAIL _____

C. FISCALE _____

P. IVA _____

Trattamento dei dati personali (D.LGS 196-03)

L'adesione e la partecipazione al Corso richiede un esplicito consenso al trattamento dei dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e degli organismi promotori, al fine dell'invio di materiale informativo, nonché a scopi promozionali e commerciali. Il trattamento dati avverrà con la massima riservatezza e nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla legge sulla tutela dei dati personali. Le sarà garantito in ogni momento l'esercizio dei diritti di cui all'art.7 della medesima legge.

FIRMA

Si allegano:

- Copia Diploma Conseguito
- CV in formato europeo
- Copia della Polizza a copertura RC Professionale