



AITODOMM

*Associazione Italiana di
Terapia Ortopedica del Dolore,
Osteopatia e Medicina Manuale*

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Io sottoscritta/o.....

nata/o il..... a.....

residente in Via(le)/Piazza.....

a.....CAP.....Provincia di.....

Tel.....E-mail.....

Titolo di studio.....

CFP.IVA

Chiedo di essere iscritta/o al corso di Medicina Manuale dell'AITODOMM

che si terrà a dal al 20.....

Allego pertanto la fotocopia del titolo di studio.

Con la presente autorizzo la Direzione del corso a trattare i miei dati esclusivamente ai fini dell'iscrizione all'AITODOMM e per le attività annesse allo svolgimento del corso.

Data.....

In fede.....
(firma)

Ho saputo dei Vostri corsi tramite:

☐ Ricerca su Internet ☐ Rivista specializzata:

☐ Un collega:

☐ Altro:

Compilare in tutte le sue parti e spedire via fax al numero: 06233238126