



# 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.....

CF .....P.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**