



**Centro Servizi alla Persona
Morelli Bugna**



**Kinaesthetics
Italia**

OPEN DAY 28 MARZO 2014

Scheda di Iscrizione

da inviare alla Segreteria del Centro Servizi

Fax 045 6300433

Mail: info@morellibugna.com

COGNOME _____ NOME _____

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Residente in Via _____ N° _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

Eventuale Ente/Associazione di appartenenza _____

Sede in Via _____ N° _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Qualifica rivestita _____

D.Lgs. 196/2003 – Tutela della riservatezza dei dati

Autorizzo a detenere i dati personali al solo scopo promozionale dell'attività svolta, con divieto di divulgazione o cessione degli stessi senza preventiva autorizzazione.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____
