

Modulo d'iscrizione



Corso di Osteopatia Pediatrica

Approccio teorico e clinico

Roma, 3 - 4 Dicembre 2022

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Indirizzo

_____ N° civico _____

Comune _____ Prov. _____ CAP _____

Codice Fiscale _____

Cell. _____ E-mail _____

Professione _____ Titolo conseguito nel _____

P. I.V.A. _____

Consenso Privacy

Con la presente autorizzo lo Studio Istituto Osteopatico (Largo Maresciallo Diaz, 13 00135, Roma) al trattamento dei miei dati personali esclusivamente per scopi connessi alla partecipazione al Corso. In qualsiasi momento potrò avere accesso ai miei dati chiedendone la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo scrivendo a: dott.carollo@gmail.com

DATA

FIRMA

La partecipazione al corso non equivale ad autorizzazione sanitaria, né autorizza il trattamento osteopatico su paziente pediatrico. Accettando le condizioni e sottoscrivendo il presente foglio, si sollevano i docenti da ogni responsabilità, presente e futura. Si specifica che eventuali attività intraprese successivamente dal corsista, in assenza dei requisiti di legge rimarranno interamente a carico e nella responsabilità del seminarista.

DATA

FIRMA

La presente documentazione deve essere inviata debitamente compilata e sottoscritta, unitamente alla ricevuta di avvenuto pagamento e alla copia della propria polizza assicurativa all'indirizzo: dott.carollo@gmail.com