



## RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALLA SCUOLA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE IN OSTEOPATIA PEDIATRICA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

DATI PER FATTURAZIONE PER I POSSESSORI DI PARTITA IVA (Intestazione, indirizzo, cap, città e Partiva Iva)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ai fini della validità iscrizione inviare a [segreteria@formazioneosteopatia.it](mailto:segreteria@formazioneosteopatia.it) i seguenti documenti:**

- Modulo di iscrizione compilato
- Copia della ricevuta del bonifico bancario

Il bonifico deve essere intestato a S.E.F.O. s.r.l. - **IBAN: IT40 N030 6915 1031 0000 0004873**

Banco di Napoli Gruppo Intesa Sanpaolo – 83100 Avellino

Il/La sottoscritto/a, dichiara la veridicità dei dati sopra riportati, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nella suddetta informativa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_