

**“L’Idrokinesiterapia come opportunità terapeutica”  
Corso Base di Idrokinesiterapia**

<b>Nome</b>		<b>Cognome</b>		
<b>Data di Nascita</b>		<b>Luogo di Nascita</b>		
<b>Qualifica:</b>		<b>Allievo:</b>		
<input type="radio"/> <b>Fisioterapista</b> <input type="radio"/> <b>Psicomotricista</b> <input type="radio"/> <b>Laureato in Scienze Motorie</b>		<input type="radio"/> <b>3°anno Fisioterapia</b> <input type="radio"/> <b>3°anno TPNEE</b> <input type="radio"/> <b>3°anno Scienze Motorie</b>		
<b>Indirizzo</b>		<b>Città</b>	<b>Prov.</b>	<b>C.A.P.</b>
<b>Tel.</b>	<b>Fax.</b>	<b>E-mail</b>		
<b>Tipologia Partecipante:</b>				
<input type="radio"/> <b>Dipendente C.S.R.</b> <input type="radio"/> <b>Non dipendente C.S.R.</b>				

**Modalità di iscrizione e pagamento**

L’Iscrizione al Corso “L’Idrokinesiterapia come opportunità Terapeutica”, avviene compilando il suddetto modulo e inviandolo a C.S.R.:

Via FAX al numero **0332/231131**

Via E-Mail all’indirizzo [vbardelli@coop-servizi-riabilitazione.it](mailto:vbardelli@coop-servizi-riabilitazione.it)

La data di Chiusura delle Iscrizioni è il **02/04/2010**.

Al ricevimento del modulo d’iscrizione la segreteria organizzativa provvederà, attraverso comunicazione telefonica, alla conferma della possibilità iscrizione.

Da quel momento l’iscritto dovrà regolarizzare entro 3 Giorni lavorativi l’iscrizione con il pagamento dell’importo previsto per il corso a C.S.R., attraverso:

Bollettino Postale Banco Posta **IT56F0760110800000084984319**

Bollettino Bancario Banca Popolare di Milano **IT88M0558401610000000000246**

Causale: Quota partecipazione Corso Base Idrokinesiterapia

## Dati per la fatturazione

Intestatario		
Via		
Città	Cap.	Prov.
Partita IVA	Codice fiscale	

### INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY

**Ai sensi del D.L. 196 del 30.06.2003 (Tutela della Privacy), Art. 13,  
Vi comunichiamo quanto segue:**

- 1. I dati da Voi forniti saranno utilizzati al fine di registrare la Vostra partecipazione al corso.**
- 2. I dati sono richiesti ai fini della corretta regolarizzazione della Vostra iscrizione e per l'emissione della relativa fattura.**
- 3. I dati da Voi forniti saranno comunicati ai docenti dei corsi in oggetto e agli altri partecipanti al corso.**
- 4. C.S.R. assicura in ogni momento l'esercizio dei diritti a Voi riservati di cui all'Art. 7 del D.L. 196.**
- 5. Il titolare del trattamento dei dati è C.S.R., Via Frattini 2, 21100 Varese**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

