

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

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

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

La data di Chiusura delle Iscrizioni è il **20/09/2010**.

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 di _____ (nome e cognome partecipante)

NB inviare copia effettuazione del bonifico tramite fax (0332/231131) o e-mail (vbardelli@coop-servizi-riabilitazione.it)

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 _____

