



MODULO DI RICHIESTA INFORMAZIONI PER L'ACCESSO AL

MASTER IN OSTEOPATIA NELLE DISFUNZIONI NEURO MUSCOLO-SCHELETRICHE 2018-2020

Da compilare in stampatello ed in modo leggibile

Nome _____

Cognome _____

Titolo di studio conseguito _____

SEGNALO L'INTENZIONE DI ISCRIVERMI AL MASTER IN OSTEOPATIA NELLE DISFUNZIONI NEURO MUSCOLO-SCHELETRICHE PER L'ANNO 2018- 2020, PROMOSSO DALLA UNIVERSITÀ DI VERONA IN COLLABORAZIONE CON EOM ITALIA, ESPRIMENDO LA PREFERENZA PER LA SEDE DI (barrare la sede scelta):

- MOZZECANE (VR)
- VADO LIGURE (SV)
- ROMA
- UDINE
- TORINO

L'invio di questo documento non comporta alcun obbligo di iscrizione, tantomeno conferisce alcun privilegio rispetto all'accesso alla formazione in oggetto, ma permette di essere aggiornati in modo, diretto dalla Segreteria EOM Italia srl rispetto alla pubblicazione del nuovo bando.

DATI NECESSARI PER POTER ESSERE CONTATTATI

Compilare in stampatello, in modo chiaro

Nome e Cognome _____

Indirizzo, CAP, Città _____

Codice Fiscale _____ P.iva _____

Numero di Telefono _____

E-mail (leggibile) _____

Ai sensi del D.Lgs 196/03, i dati personali saranno utilizzati dalla EOM e dalla segreteria italiana per finalità organizzative e di adempimento degli obblighi fiscali, e a conoscenza che in ogni momento sarò libero di consultare, modificare, cancellare i miei dati oppure oppormi al loro utilizzo, acconsento al trattamento dei dati.

Il seguente modulo è da inviare compilato in tutte le sue parti al seguente indirizzo: segreteria@eomitalia.it

Data _____

Firma _____

