



**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.eom.martina@gmail.com](mailto:segreteria.eom.martina@gmail.com)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

