

Scheda di iscrizione Application Form

Nome

Name

Cognome

Surname

Data e luogo di nascita

Date and Place of birth

Codice Fiscale

(solo in caso di iscrizione)

Indirizzo

Address

Cap

Città

Stato

Zip Code

City

Country

Tel. abitazione

Fax

Home Phone

Tel. lavoro

E-mail

Office Phone

Titolo di studio

Degree

Professione

Profession

Desidero ricevere il programma di: *corso di formazione* *seminari*

Please send me the Training Plan

Desidero iscrivermi al corso di Formazione Feldenkrais

I wish to apply to the Training Program

Desidero iscrivermi al seminario del

I wish to enroll to the Workshop of

Allego una copia del vaglia postale di Euro

I enclose copy of international Postal Order to:

intestato a: ISTITUTO DI FORMAZIONE FELDENKRAIS

Corso di Porta Nuova, 32 - 20121 Milano - Italia

Il sottoscritto autorizza l'Istituto di Formazione Feldenkrais a utilizzare i propri dati personali ai sensi dell'art. 11 D. lgs n° 196/2003

Firma Signature