

## Corso di alta formazione TECNOLOGIE ED AUSILI PER LA DISABILITÀ

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Ente/Azienda \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Tel.Uff. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

Chiede di essere iscritto (*spuntare la scelta*):

Intero percorso formativo (costo 1.200,00 euro)

<input type="checkbox"/> <b>MODULO Classificazione e valutazione disabilità'</b> (costo 200 euro)	<input type="checkbox"/> <b>MODULO Postura e Deambulazione</b> (costo 200 euro)
<input type="checkbox"/> <b>MODULO Carrozine Manuali ed Elettroniche</b> (costo 200 euro)	<input type="checkbox"/> <b>MODULO Ortesi e Tutori</b> (costo 200 euro)
<input type="checkbox"/> <b>MODULO Protesi arto inferiore e superiore</b> (costo 200 euro)	<input type="checkbox"/> <b>MODULO Ausili Comunicazione</b> (costo 200 euro)
<input type="checkbox"/> <b>MODULO Domotica e accessibilità</b> (costo 200 euro)	<input type="checkbox"/> <b>MODULO Riabilitazione incontinenza e disabilità respiratoria</b> (costo 200 euro)

DATI PER LA FATTURAZIONE/RICEVUTA (*da compilare sempre*)

Ente /Nome Cognome \_\_\_\_\_

P. IVA/ C. FISCALE \_\_\_\_\_

Indirizzo di fatturazione (via, cap, città)

via \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo al trattamento dei dati personali riportati nella presente scheda nel rispetto del D. Lgs.vo 196/2003.

Firma \_\_\_\_\_

La scheda di iscrizione va rispedita, compilata in ogni sua parte e firmata, alla segreteria organizzativa del corso, Paola Tesi, via fax al numero 075/5159785 o all'indirizzo di posta elettronica [paola.tesi@villaumbra.gov.it](mailto:paola.tesi@villaumbra.gov.it)