**Immagine che contiene testo, persona

Descrizione generata automaticamente  **

**SCHEDA PREISCRIZIONE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | | | **COGNOME** | | |
|  | | |  | | |
| **Data di nascita** | | | **Luogo di nascita** | | |
|  | | |  | | |
| **Indirizzo** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Cap** | | | **Località di residenza** | | |
|  | | |  | | |
| **Telefono** | | | **Mail** | | |
|  | | |  | | |
| **Codice fiscale** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Professione** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Eventuale associazione musicoterapeutica di riferimento** | | | | | |
|  | | | | | |
| **ISCRIZIONE** | | | | | |
| La quota di iscrizione al convegno è di **120,00 Euro**.  Per regolarizzare l’adesione, effettuare il versamento tramite bonifico bancario alle seguenti coordinate:  Banca popolare di Sondrio  **IBAN - IT36 L056 9611 6000 0000 1572 X25**  Intestato a Cesfor – Centro Studi e Formazione  Causale: nome e cognome + convegno musicoterapia | | | | | |
| **COME E’ VENUTO A CONOSCENZA DEL CONVEGNO?** | | |  | | |
| Internet | Stampa | Passaparola | | Mailing List | Altro (specificare) |

**n scelta)**I dati personali contenuti nel modulo saranno utilizzati esclusivamente per comunicazioni interne

tra Cesfor e preiscritto al convegno ai sensi del codice sulla privacy

**Cesfor – Centro Studi e Formazione** -Agenzia di educazione permanente

galleria Orazio 43/a , Bolzano Tel. 0471 272690 [www.cesfor.bz.it](http://www.cesfor.bz.it) [info@cesfor.bz.it](mailto:info@cesfor.bz.it)

**IL MODULO VA COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E INVIATO A** [**info@cesfor.bz.it**](mailto:info@cesfor.bz.it)