

MODULO DI ISCRIZIONE
CORSO BIENNALE DI ALTA FORMAZIONE CON CREDITI ECM
“NUOVI FATTORI TERAPEUTICI E METODO DI CURA”
2026-2027

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (____) il _____
Residente a _____ (____) in Via/Piazza _____ CAP _____
Tel: _____ email _____
Cod. Fisc.: _____ P.IVA: _____
Cod. destinatario _____ PEC _____
in possesso del Diploma di Laurea in _____
e della abilitazione alla professione di _____
Iscritto all'Albo professionale dell'Ordine _____
n. _____ dal _____

CHIEDE

di essere iscritto al 1° Anno del Corso di formazione “Nuovi fattori terapeutici e metodo di cura”

Dichiaro di aver preso visione della brochure di presentazione e di accettare il programma del corso.

Acconsento ad essere inserito nella newsletter della Scuola Bios Psychè, al fine di ricevere informazioni, comunicazioni e aggiornamenti sulle attività della Scuola.

Ai sensi del D. Lgs 30 giugno 2003 N. 196 e ai sensi dell'articolo 13 del Reg.UE 679/2016 presto il consenso al trattamento dei miei dati personali contenuti in questa scheda.

Luogo, data _____ Firma _____