

## LA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA NEL PAZIENTE ADULTO NEUROLOGICO

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

**COGNOME**.....  
**NOME**.....  
**Nato/a**.....il ...../...../.....  
**Professione**.....  
**VIA**..... N.....  
**CAP**..... **CITTA'**..... **PROV**.....  
**Tel./Cell**..... **Fax**.....  
**E-mail**.....  
**CODICE FISCALE**.....  
**P. IVA**.....

#### INTESTAZIONE FATTURA

.....

#### RAGIONE SOCIALE

.....

#### C.F. / P. IVA

.....

#### INDIRIZZO

.....

.....

Le iscrizioni accettate, dovranno poi pervenire a **OPA SOL ET SALUS – UFFICIO FORMAZIONE** entro il **5 maggio 2012** inviando l'apposita scheda e copia del bonifico bancario al fax **0541/725229** o **tramite posta elettronica a: [i.branca@soletsalus.com](mailto:i.branca@soletsalus.com)**

**Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003:**

Il trattamento dei dati personali viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs.196/2003 sulla tutela dei dati personali e le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi.

**Data** ...../...../2012

**Firma**.....