

**Studio dr. Concetto Campo**  
**Via Quinzano, 31 - 37124 VERONA**  
**Tel: +39-335-6206275 – e-mail: tomatis.verona@gmail.com**

## Modulo d'iscrizione

Per l'iscrizione alla formazione in APF (metodo Tomatis), vi preghiamo di compilare il presente modulo e di inviarlo per posta ordinaria o posta elettronica insieme alla ricevuta del bonifico effettuato a: Studio dr. Concetto Campo – tomatis.verona@gmail.com

Per poter emettere la fattura lo stesso giorno dell'effettuazione del bonifico, vi preghiamo di comunicarci in giornata l'avvenuta effettuazione dello stesso.

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Titolo di studio. Precisare indirizzo \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

C.F. e/o P.I. \_\_\_\_\_

Indirizzo personale \_\_\_\_\_

Indirizzo professionale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Desidero iscrivermi al seguente corso:

### **Corso teorico-pratico S1. Primo livello di formazione in audiopsicofonologia metodo Tomatis**

Che si terrà a Sezano (VR) nei giorni **4 – 5 – 6 – 18 – 19 – 20 DICEMBRE 2020**

Segnare con una X l'opzione scelta:

**Costo € 700,00 pagabile in due rate come da foglio istruzioni iscrizione**

**Con pagamento in unica soluzione entro il 19 OTTOBRE 2020: € 560,00**

**Con pagamento in unica soluzione entro il 9 NOVEMBRE 2020: € 595,00**

**Con pagamento in unica soluzione entro il 28 NOVEMBRE 2020: € 630,00**

**Dopo il 28 NOVEMBRE 2020 € 700,00 con pagamento in unica soluzione**

**Vedi foglio istruzioni iscrizione**

Data ..... Firma.....

### **GARANZIA E PRIVACY**

Il trattamento dei dati personali viene svolto nell'ambito della banca dati dello Studio dr. Concetto Campo e nel rispetto di quanto stabilito dal GDPR n. 2016/ sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui garantiamo la massima riservatezza, è effettuato ai fini di aggiornarla sui prodotti e sulle iniziative dello Studio dr. Concetto Campo. I suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi Lei potrà richiedere in qualsiasi momento la modifica o la cancellazione.

Data ..... Firma.....