

CSPPNI S.r.l.®  
**Centro Studi di Psicomotricità Psicologia e Neuropsichiatria Infantile**  
Scuola di Psicoterapia Infantile  
Corso Triennale di Psicomotricità

**Domanda d'iscrizione\***

Con la presente la/il sottoscritta/o fa domanda d'iscrizione al Seminario o al Corso

(specificare).....

che si terrà a Milano presso il CSPPNI S.r.l , V.le Marche 93 il/i giorno/i .....

Costo €.....

Cognome.....Nome.....

Nata/o il.....a.....Prov.....Nazione.....

domiciliata/o in via .....CAP .....Città.....

telefono.....cellulare.....e-mail.....

codice fiscale .....P. IVA.....

titolo di studio.....anno.....

professione.....

dichiara di svolgere la seguente attività professionale.....

presso l'ente.....

ente pubblico  ente privato

come dipendente: a tempo determinato  indeterminato  volontario  libera professionista

Data .....

firma .....

Effettuare il pagamento tramite Bonifico Bancario intestato a:

**CSPPNI S.r.l.** IBAN IT23W 03069 09533 615211788994 (nei bonifici scrivere l'IBAN senza spazi tra i gruppi di cifre) con oggetto del bonifico relativo all'operazione "Iscrizione al Seminario o Corso .....” per il partecipante .....

Inviare la domanda e la fotocopia del bonifico per fax al 02/69017600

**\* si prega di scrivere in stampatello**