

FOTO
PICTURE

Scheda di iscrizione al Corso di Formazione Roma 9
Application Form for the Professional Training Program Roma 9

COGNOME / SURNAME _____

NOME / NAME _____

NATA/O IL/ BORN _____ A/IN _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO / ADDRESS _____

C.A.P. CITTA' / CITY _____ STATO / COUNTRY _____

TELEFONO / TELEPHONE _____

E - MAIL _____

PROFESSIONE / PROFESSION _____

STUDI SVOLTI / PREVIOUS STUDIES _____

ESPERIENZE CON IL METODO FELDENKRAIS / EXPERIENCE WITH FELDENKRAIS METHOD

CON CHI / WITH WHO _____

STATO DI SALUTE / PHYSICAL CONDITION _____

MOTIVAZIONI PER SEGUIRE LA FORMAZIONE / MOTIVATION FOR FOLLOWING THE COURSE

DATA / DATE _____

FIRMA / SIGNATURE _____