MODULO ISCRIZIONE FORMAZIONE CAA

LA/IL sottoscritta/o ………………………………………………………………………………………………

Docente/Educatore/Terapista /Altro ………………………………………………………………….

Presso ………………………………………………………………………………………………………………….

Indirizzo mail ………………………………………………………………………………………………………

Cellulare …………………………………………………………………………………………………………….

Con la presente dichiara di voler partecipare al corso di formazione di CAA che si terrà presso ICS De Andrè di Peschiera Borromeo

Nei giorni: 27 maggio dalle ore 9 alle 17

 10 giugno dalle ore 9 alle 17

 19 giugno dalle ore 14 alle 18

Termine ultimo di iscrizione al corso 12 maggio 2017.

 Firma