

FORM DI REGISTRAZIONE

CORTICALIZZAZIONE E SICUREZZA

Ottimizzare l'Attività Neuromuscolare per Massimizzare la Sicurezza

NOME .....

COGNOME .....

CODICE FISCALE .....

INDIRIZZO .....

CITTA' .....

NAZIONE .....

TEL. / CELL. ....

E-MAIL .....

Si prega di inviare il presente form entro il 10 novembre 2007:

- via fax: +39 0432 775406

---

**Formula di acquisizione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali.**

*Il/la sottoscritto/a interessato/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, con l'invio del presente modulo di registrazione, attesta il proprio consenso affinché il titolare proceda ai trattamenti dei dati personali come risultanti dal presente modulo.*

Data, ... .. Cognome e Nome ... ..

Firma leggibile ... ..



di Angelo Conti

[www.corticalfitness.com](http://www.corticalfitness.com) [info@corticalfitness.com](mailto:info@corticalfitness.com) +39 328 9093229

Rivignano - Udine - Italia