

SCARPARI LUCA
Formazione e Consulenza
Educatore Professionale
Iscr. Federazione Nazionale Ordini
dei TSRM e delle Professioni Sanitarie Tecniche
della Riabilitazione e della Prevenzione
Ordine Educatori Professionali di Mantova
N° 96 del 13 agosto 2019

Docente/Consulente
Stimolazione Basale®
Iscr. Ass. Internazionale Germania
n°100712 del 31 maggio 2008
www.stimolazionebasale.it
www.stimolazionebasale.de

Docente/Consulente
Snoezelen
Iscritto Associazione ISNA Svizzera
www.isna.ch

Formatore ambito disabilità complessa

46010 Gabbiana di Marcaria (MN)
Via Donatori di Sangue, 83

Tel.: 320 2522000
E-mail: scarpariformazione@gmail.com
Pec: scarpariformazione@pec.it

Cod. Fiscale: SCRLCU66H02E897U
Partita IVA: 02238490201



BASALE STIMULATION®
INTERNATIONALER FÖRDERVEREIN E.V.

MODULO DI ISCRIZIONE

(L'organizzazione del corso è riportata nella brochure allegata)

Corso base - Stimolazione Basale

Cognome.....

Nome.....

Residenza.....Prov.....

Via.....n°.....

CAP.....TEL.....

Cellulare.....

E-mail.....

“DICHIO LA VERIDICITÀ DEI DATI PERSONALI RESA AI SENSI DELL’ART. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000 E
AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003 (PROTEZIONE
DEI DATI PERSONALI)”

IL CORSO È ACCREDITATO E.C.M.

Da compilare obbligatoriamente solo per chi è interessato ad ottenere crediti E.C.M.

Luogo di nascita.....Prov.....

Data di nascita.....

Codice fiscale.....

Titolo di Studio.....

Servizio.....

Data.....

Firma.....

DATI PER LA FATTURAZIONE

Se si richiede la fattura intestata a persona fisica SENZA PARTITA IVA indicare i seguenti dati:

Cognome.....

Nome.....

Residenza.....Prov.....

Via.....n°.....

CAP.....TEL.....

CF.....

MAIL.....

Se si richiede la fattura intestata a persona fisica con partita IVA indicare i seguenti dati:

Cognome.....

Nome.....

Residenza.....Prov.....

Via.....n°.....

PI.....

CF.....

CODICE UNIVOCO.....

MAIL.....

Se si richiede la fattura intestata ad un Ente, compilare la parte seguente:

Ragione Sociale.....

Località.....Prov.....

Via.....n°.....

PI.....

CF.....

CODICE UNIVOCO.....

MAIL.....