



**ASSOCIAZIONE ITALIANA DI  
TERAPIA DEL DOLORE ORTOPEDICO  
E MEDICINA MANUALE**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

---

Io sottoscritta/o.....  
nata/o il..... a.....  
residente in Via(le)/Piazza.....  
a.....CAP.....Provincia di.....  
Tel.....E-mail.....  
Titolo di studio.....  
CF o P.IVA.....

Chiedo di essere iscritta/o al secondo corso di Medicina Manuale dell'AITEDOMM che si terrà a Roma dal 9 al 13 maggio 2011

Allego pertanto la fotocopia del titolo di studio.

Con la presente autorizzo la Direzione del corso a trattare i miei dati esclusivamente ai fini dell'iscrizione all'Associazione Italiana per la Medicina Manuale e per le attività annesse allo svolgimento del corso stesso.

Data.....

In fede.....  
(firma)

Ho saputo dei Vostri corsi tramite:

- Ricerca su Internet     Rivista specializzata: \_\_\_\_\_  
 Un collega             Altro: \_\_\_\_\_

**Compilare in tutte le sue parti e spedire via fax al numero: 06-35507369**