



**C.P.M Centro di Psicomotricità**

Via F. Baracca, 17

25128 Brescia

Tel. 030-399108 Fax 030.3382974

Sito internet: [www.cpmsnc.com](http://www.cpmsnc.com) e-mail: [info@cpmsnc.com](mailto:info@cpmsnc.com)

**- SCHEDA ISCRIZIONE SEMINARIO O CORSO -**

---

*(scrivere il seminario o corso a cui volete partecipare)*

Io sottoscritto/a

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_ **LUOGO DI NASCITA** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO** \_\_\_\_\_

**C.A.P.** \_\_\_\_\_ **COMUNE** \_\_\_\_\_ **PROV.** \_\_\_\_\_

**TEL. AB.** \_\_\_\_\_ **TEL. LAV.** \_\_\_\_\_

**CELLULARE** \_\_\_\_\_ **E-MAIL** \_\_\_\_\_

**COD. FISC.** \_\_\_\_\_

**P. IVA** \_\_\_\_\_

**PROFESSIONE** \_\_\_\_\_

**ENTE** \_\_\_\_\_

Chiedo di essere ammesso al seminario o corso:

---

---

Il pagamento deve essere effettuato tramite vaglia postale intestato al:  
C.P.M. snc Via Baracca 17 25128 Brescia ed inviata copia del pagamento unitamente  
all'iscrizione debitamente compilata.

**Sede operativa: S. Maria della Vittoria, Via Cremona 97 - Brescia**

Per accettazione

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_