



**AGOR**  
24/25/26 aprile 2009

**SCHEDA ISCRIZIONE WEEKEND DI FORMAZIONE**

**La persona disabile**  
*modelli sistemici per lo sviluppo integrato funzionale*

**Dati del CORSISTA**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Cod. fiscale: \_\_\_\_\_

P.IVA (eventuale): \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_

**Dati per la fatturazione**  
(da compilare solo se diversi da quelli del CORSISTA)

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

P.IVA: \_\_\_\_\_ Cod. fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo per l'invio della fattura: \_\_\_\_\_

**Allegare copia del bonifico bancario per l'iscrizione al corso**