



**INCA HEALING SCHOOL**

## **MODULO ISCRIZIONE RITIRO**

IO SOTTOSCRITTO/A

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

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Occupazione \_\_\_\_\_

Tel. Fisso \_\_\_\_\_ Tel. Cell. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Sito web \_\_\_\_\_

Dichiaro la mia espressa volontà di partecipare all'evento denominato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a realizzarsi in \_\_\_\_\_

in data: dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_, anno 20\_\_\_\_\_.

Contrassegnare con una crocetta a modo di accettazione:

SI (  )      NO (  )

Firma digitale e data di oggi: