


| | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
|  SIMA Società Italiana di Medicina Antroposofica | Iscrizione CORSO FORMAZIONE | | | MOD36 |
| | Emesso da: SEG | Approvato da: PRE | Livello revisione: 02 | Data: 18/10/2016 |

Protocollo n.°...../.....

Modulo di iscrizione

Cognome e Nome

Data e luogo di nascita

Residenza: Città via CAP

Codice fiscale:

P.IVA

Telefono Cellulare

e-mail:

Laurea in: Anno

Iscrizione Ordine dei n. tessera

Specializzazione

Attività svolte

Attività attuale

Conosce l'antroposofia? SI NO Se Sì, da quanto tempo?

Ha letto qualche testo di antroposofia? SI NO Se Sì, quali?

.....

.....

.....

Ha sviluppato conoscenze e/o praticato attività artistiche? SI NO Se Sì, quali?

.....


.....

E' autore/autrice di pubblicazioni mediche o non mediche? SI NO Se Sì, quali?

.....

.....

.....

| | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------|-----------------------|------------------|
|  | Iscrizione CORSO FORMAZIONE | | | MOD36 |
| | Emesso da: SEG | Approvato da: PRE | Livello revisione: 02 | Data: 18/10/2016 |

Qual è l'area di maggior interesse in ambito antroposofico?

.....

.....

.....

Quali altri interessi ha coltivato?

.....

.....

.....

Obiettivi che si propone con la frequenza del Corso:

.....

.....

.....

Si informa che i vostri dati verranno trattati ai sensi e per gli effetti della Legge 196/03 sulla privacy; qualora non intendiate esprimere il vostro consenso al trattamento medesimo, siete pregati di comunicarlo per iscritto.

Allego i seguenti documenti:

- certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici-Chirurghi / Odontoiatri / Farmacisti / Veterinari
- fotocopia abilitazione all'esercizio della professione o equivalente.

Data

Firma

Da inviare per posta, o e-mail a:

.....