

**MODULO DI ISCRIZIONE SCUOLA AMADELL**

**Modulo di Adesione allievo corso triennale di agopuntura A.M.A.DELL.**

**(MEDICI AGOPUNTORI DEL LEVANTE)**

**Il sottoscritto Dr.....**

**Laureato in Medicina e Chirurgia il .....**

**Presso l'Università di .....**

**Nato/a a.....**

**Il .....Residente a.....**

**Via.....**

**cap.....Città .....**

**provincia.....**

**Domicilio fiscale (solo se diverso dalla residenza).....**

**.....**

**codice fiscale.....**

**P.iva.....**

**Recapiti telefonici.....cellulare.....**

**Indirizzo e-mail.....**

**CHIEDE DI ISCRIVERSI ALLA SCUOLA DI AGOPUNTURA AMADELL  
ASSOCIAZIONE MEDICI AGOPUNTORI DEL LEVANTE**

Data

FIRMA