

SCHEDA DI ISCRIZIONE
(Il corso verrà attivato con un minimo di 10 iscritti)

Io sottoscritto/a

Nome: _____ Cognome _____

Residenza (via o piazza, numero civico, comune, provincia, codice postale):

Codice fiscale: _____

- Chiede di essere iscritto al corso **Matematica Senza Vedere**

A tal fine ALLEGO ricevuta del versamento della quota di iscrizione di € 85 effettuato sul conto iban **IT63R0301503200000003632331** intestato a **Oltre**.
Causale: iscrizione "Matematica Senza Vedere"

La ricevuta del bonifico e il modulo di iscrizione devono essere inviati via mail a associazioneoltre2017@gmail.com entro e non oltre il 9 novembre **2018**.

Contatti:

cellulare _____

e-mail: _____

Sono un:

- Educatore
- Assistente alla comunicazione
- Insegnante
- Terapisti
- Genitore
- Altro (specificare di seguito): _____

Data _____

Firma _____