

MODULO DI ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE “APPLICAZIONE DELLA MUSICOTERAPIA PER LA GESTIONE DELLA DISABILITA’ E DEL DISAGIO”

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATA A IL.....

DOCENTE PRESSO

ORDINE DI SCUOLA:

- INFANZIA
- PRIMARIA
- SECONDARIA DI I GRADO

E-MAIL:.....

N.TEL.:.....

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTA AL CORSO DI FORMAZIONE “APPLICAZIONE DELLA MUSICOTERAPIA PER LA GESTIONE DELLA DISABILITA’ E DEL DISAGIO”.

DATA.....

FIRMA

.....