



**Domanda di partecipazione al Corso di formazione
PROGETTO DI FORMAZIONE DI MUSICOTERAPIA
“MINDFULNESS CREATIVE MUSICART”**

Il/la sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il ___/___/_____ residente
a _____ prov. _____ C.A.P. _____ via
_____ n° _____ recapito telefonico
_____ cellulare _____
indirizzo e-mail _____

in servizio pressoin qualità di
.....con incarico

COMUNICA

La propria adesione al corso di formazione professionale, organizzato dal Sindacato autonomo Scuola Università OR.S.A. di Catania in collaborazione col Gruppo A.N.S.I. di Catania.

Allega fotocopia documento di riconoscimento.

Data

In fede

Il modulo va anticipato via **e-mail** all'indirizzo sg.scuolauniversita@sindacatoorsa.it
entro sabato 17 febbraio 2025.

Quota di partecipazione di € 30,00

La quota potrà essere versata lo stesso giorno di inizio del Corso-

RECAPITO TELEFONICO PER EVENTUALI COMUNICAZIONI:

CELLULARE : PROF. FLORIDDIA ANGELO 338/6120047