

**DOMANDA D' ISCRIZIONE FULL - TIME**  
**INTERNATIONAL COLLEGE OF OSTEOPATHIC MANUAL MEDICINE**  
Via di Sant'Anna n. 15 - 00186 (RM) - Tel. 06 99805319 - Fax 06 99809966  
E-Mail: [info@icommitalia.it](mailto:info@icommitalia.it) - <http://www.icommitalia.it>  
P. IVA 11610521004

**DATI PERSONALI**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Telefono abitazione \_\_\_\_\_

Indirizzo lavoro \_\_\_\_\_

CAP Città Prov. \_\_\_\_\_

Telefono lavoro \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Conseguito presso \_\_\_\_\_

Nell'anno \_\_\_\_\_

Istituto di provenienza (per gli studenti di altre scuole di osteopatia) \_\_\_\_\_

**DATI AMMINISTRATIVI**

La fattura dovrà essere intestata a:

Ragione sociale o cognome e nome \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

P.IVA / CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

CODICE UNIVOCO FATTURA ELETTRONICA \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per accettazione