

RICHIESTA SERVIZIO ORIENTAMENTO PNO

Il/la sottoscritto/a _____

Residente a _____ In via/piazza _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____ Nominativo Skype _____

Studente iscritto al terzo anno del corso di laurea della facoltà di _____

Fisioterapista laureato presso l'Università di _____ nel _____

ELENCARE I PRINCIPALI CORSI POST LAUREA SVOLTI FINO AD ORA NEL CAMPO DELLA TERAPIA MANUALE E RIABILITAZIONE NEUROMUCOLOSCELETRICA

	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____
	n° giorni _____

RICHIESTE DI ESSERE CONTATTO DA UN MEMBRO DELLA COMMISSIONE ORIENTAMENTO PNO

Indicare i giorni e le disponibilità per fasce orarie per essere contattato telefonicamente e/o via Skype.
Indicare dove possibile un eventuale disponibilità a un incontro di persona in una delle strutture preposte situate a Milano.

	DISPONIBILITÀ TELEFONICA	DISPONIBILITÀ VIA SKYPE	INCONTRO DI PERSONA (MILANO)
Lunedì			
Martedì			
Mercoledì			
Giovedì			
Venerdì			
Sabato			
Domenica			

Luogo e data _____

Firma _____