

Curriculum Vitae

Informazioni personali

Cognome Nome **FIORILLI PATRIZIA**
Indirizzo **Via Isonzo, 20 FOLLONICA**
Telefono **396 2277656**
Fax _____
E-mail **FiorillaCapilla@gmail.com**
Cittadinanza **Italiana**
Luogo e data di nascita **Bogotá (Colombia) 26.07.1957**

ESPERIENZA LAVORATIVA

TERAPIE OUSTICHE, MASTER REIKY
CRISTALLOTERAPIA, CRANIO SACRALS,
CAMPANE TIBETANE MEDITAZIONI
TRAINING AUTOGUANO RESPIRATORIO

Titolo di studio e formazione

DIPLOMA, MASTER REIKI METODO
USUI

Lingue parlate

SPAGNOLO OHIHO, INGLESE sufficiente

Luogo e data **FOLLONICA 16/05/2024**

Firma **Fiorilla Fiorilli**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea del 27 Aprile 2016)