

## Clinica dei DSA: aggiornamento sulle metodologie di valutazione e d'intervento

### Domanda d'iscrizione

#### Dati anagrafici

COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA	
CODICE FISCALE		P. IVA (eventuale)	
INDIRIZZO		CITTA'	
CAP	TEL.	MAIL	

#### Corso

<input type="checkbox"/>	Clinica dei DSA: aggiornamento sulle metodologie di valutazione e d'intervento ( <b>13 – 18 Luglio 2020</b> )
--------------------------	---

#### Informazioni ECM

PROFESSIONE ai fini ECM – Barrare la casella di interesse					
Psicologo	Logopedista	TNPEE	NPI	Altro	

ATTIVITA' ai fini ECM – Barrare la casella di interesse					Lib. prof.	Dipendente	Convenz.	Privo occ.
---	--	--	--	--	------------	------------	----------	------------

SI RICHIEDONO CREDITI ECM		PARTECIPANTE RECLUTATO	
SI	NO	SI Nome soggetto	NO

#### Dati per la fatturazione

PAGAMENTO EFFETTUATO DA
INTESTAZIONE <small>nominativo o denominazione cui intestare la fattura</small>
RECAPITO <small>indirizzo, n. civico, CAP, Comune e sigla prov.</small>
CODICE FISCALE <small>del soggetto cui intestare la fattura</small>
PARTITA IVA <small>Eventuale Partita IVA del soggetto cui intestare la fattura</small>

DATA	FIRMA
------	-------

Autorizzo al trattamento i miei dati personali ai sensi del General Data Protection Regulation (GDPR) – Regolamento Generale sulla Protezione Dati (regolamento UE n. 2016/679), del D.Lgs. n. 101 del 10.08.2018 e, in quanto e ove ancora applicabile, del D.Lgs 196 del 30 giugno 2003, per tutti gli adempimenti della segreteria del corso.

DATA	FIRMA
------	-------

Si allega:

- . Copia documento di identità
- . Copia del documento della privacy