



# Settimana PsicoPedagogica

XXX Edizione - 2021

## L'intervento clinico neuropsicologico e metacognitivo sui Disturbi Specifici di Apprendimento

### Dati anagrafici

COGNOME	NOME
LUOGO DI NASCITA	DATA
CODICE FISCALE	P. IVA (eventuale)

INDIRIZZO	CITTA'
CAP	TEL.
	MAIL

### Informazioni

<input type="radio"/> LOGOPEDISTA	<input type="radio"/> PSICOLOGO	<input type="radio"/> TNPEE	<input type="radio"/> NPI
<input type="radio"/> EDUCATORE PROFESSIONALE	<input type="radio"/> ALTRO	<input type="radio"/>	

ATTIVITA'	<input type="radio"/> Lib. prof.	<input type="radio"/> Dipendente	<input type="radio"/> Convenz.	<input type="radio"/> Privo occ.
SI RICHIEDONO CREDITI ECM	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO		

<b>Dati per la fatturazione</b>
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>
CODICE UNIVOCO FATTURAZIONE ELETTRONICA

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 riconoscimento in corso di validità;
- Documento della privacy sottoscritto.

