

**Domanda di iscrizione al corso**

**DISTURBI SPETTRO AUTISTICO IN ETA’ PRESCOLARE**

**12 – 13 NOVEMBRE 2021**

**Dati anagrafici**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INDIRIZZO | | CITTA’ |
| CAP | TEL. | MAIL |

Informazioni ECM - PROFESSIONE ai fini ECM – Barrare la casella di

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Psicologo | * Logopedista | * Psicoterapeuta | * Pediatri |
| * TNPEE |  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SI RICHIEDONO CREDITI ECM | * SI | * NO |

|  |
| --- |
| **Dati per la fatturazione**  PAGAMENTO EFFETTUATO DA |
| INTESTAZIONE nominativo o denominazione cui intestare la fattura |
| RECAPITO indirizzo, n. civico, CAP, Comune e sigla prov. |
| CODICE FISCALE del soggetto cui intestare la fattura |
| PARTITA IVA Eventuale Partita IVA del soggetto cui intestare la fattura |
| 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.