

Domanda di iscrizione al corso

METODO DEI TRATTI ORALI MOTORI E VERBALI

2 - 9 APRILE 2022

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

<input type="radio"/> Logopedista	<input type="radio"/> Altre figure specificare		
-----------------------------------	--	--	--

ATTIVITA' ai fini ECM - Barrare la casella di interesse	<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
---------------------------	--------------------------	--------------------------

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.