

Domanda di iscrizione al corso

APPROCCIO TOM AVANZATO: REFRESH AND PRACTISE

17 NOVEMBRE 2023

Dati anagrafici

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

Informazioni ECM

PROFESSIONE ai fini ECM – *Barrare la casella di interesse*

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

ATTIVITA' ai fini ECM <i>Barrare la casella di interesse</i>	<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 - del soggetto cui intestare la fattura)
CODICE UNIVOCO FATTURAZIONE ELETTRONICA (obbligatorio per i titolari di partita iva)
PEC

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 privacy sottoscritto.