

**Domanda di iscrizione al corso**  
**FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE RESPIRATORIA**  
**25 – 26 Maggio 2024**

**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"/> Fisioterapista	<input type="radio"/> TNPEE
<input type="radio"/> Altra professione	

ATTIVITA' ai fini ECM <i>Barrare la casella di interesse</i>	<input type="radio"/> Lib. prof.	<input type="radio"/> Dipendente	<input type="radio"/> Convvenz.	<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.