

## Domanda di iscrizione al corso

# SEAS – Scientific Exercise Approach to Scoliosi

**20-21 SETTEMBRE 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"/> Altre figure<br>(specificare quale) |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

|                                                                 |                                  |                                  |                                |                                  |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| ATTIVITA' ai fini ECM<br><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 |
| PERSONALE RECLUTATO       | <input type="radio"/> SI<br>(indicare nome impresa commerciale operante in ambito sanitario) | <input type="radio"/> NO |

Il sottoscritto in qualità di partecipante all'evento ECM ID dichiara di essere stato reclutato\*  
 Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non aver assolto a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento.  
 \*ai sensi dell'art. 80 dell'Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.

### 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.