

Domanda di iscrizione al corso SEAS

SCIENTIFIC EXERCISE APPROACH TO SCOLIOSI

27 – 28 – 29 Novembre 2025

Da 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

☐ Fisioterapista	☐ Altre figure (specificare quale)			
ATTIVITA' ai fini ECM Barrare la casella di interesse	☐ Lib. prof.	☐ Dipendente	☐ Convenz.	☐ Privo occ.
SI RICHIEDONO CREDITI ECM	☐ SI	☐ NO		
PERSONALE RECLUTATO	☐ SI (indicare nome impresa commerciale operante in ambito sanitario)	☐ 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 (nomina vo 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 dei 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.

