

Domanda di iscrizione al corso
CAPIRE L'AUTISMO PER INTERVENIRE MEGLIO
14 e 21 MARZO 2026



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

☐ Psicologo	☐ Logopedista	☐ Psicoterapeuta	☐ TNPEE
☐ Educatore Professionale	☐ Infermiere	☐ Fisioterapista	☐ Terapista Occupazionale
☐	☐	☐	☐

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.

	☐	☐
	☐	☐
Iscrizione in gruppo	☐ SI	☐ 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.