

Domanda di iscrizione al corso
CORSO FAD – COPING POWER CLINICO
13 e 20 GIUGNO 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	☐ Altro		

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.