

Domanda di iscrizione al corso

L'ARTE DELLA COMUNICAZIONE

NELLA RELAZIONE DI CURA

21 NOVEMBRE 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	☐ Medico: fisiatra pediatra specificare _____

ATTIVITA' ai fini ECM - ☐ Lib. ☐ Dipendente ☐ Convenz. ☐ Privo
Barrare la casella di interesse prof. 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** 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.