

Alla Segreteria Organizzativa
Indirizzo mail : formazione.ecm@ideaprisma.it
Fax : 06.87201033
Tel: 329.6844353

SCHEMA DI ISCRIZIONE
Roma, 28 febbraio 2015

II/ La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ **Prov .** _____ **il** _____ **Residente a** _____

Prov . _____ **in** _____ **c.a.p .** _____ **Cell** _____

Codice Fiscale _____ **P.Iva** _____

E.mail _____

Laureato in _____

Disciplina (**campo obbligatorio** per Medico Chirurgo e Psicologo) _____

N°iscizione Ordine Professionale(**campo obbligatorio** per Medico Chirurgo e Psicologo) _____

LIBERO PROFESSIONISTA

☐

DIPENDENTE

☐

CONVENZIONATO

☐

PRIVO OCCUPAZIONE

☐

Chiede di essere ammesso al seminario:

**“Linee guida, diagnosi e trattamento
dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva.”**

Come sei venuto a conoscenza dell’evento? _____

Struttura/Ente di provenienza _____

Il pagamento dovrà essere effettuato indicando la causale **“Nardocci febbraio 2014”**

Intestato a : Idea Prisma 82 Cooperativa Sociale

Banca BNL GRUPPO BNP PARIBAS IBAN: IT 77 I 01005 03236 0000 0000 3521

INTESTAZIONE FATTURA. Comunicare alla segreteria Didattica i dati per la fatturazione, se diversi da quelli sopra indicati, con almeno 10 giorni di anticipo.

Ai sensi del **Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali**, si autorizza il trattamento - sia su supporto informatico che cartaceo - dei dati forniti ai soli fini del Corso e della procedura ECM, in particolare ai fini della trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo “elenco e recapiti dei partecipanti” e del rilascio dell’attestato finale, nella piena tutela dei propri diritti della riservatezza dei dati.

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

N..B. TUTTI I DATI RICHIESTI DEVONO ESSERE COMPILATI OBBLIGATORIAMENTE. Si prega di scrivere in stampatello.