

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO ECM

Si prega di scrivere in stampatello

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
C.F. _____ residente in _____ Prov. _____
via _____ n° _____ CAP _____
telefono _____ e-mail _____
Professione _____ Disciplina _____
Iscritto/a all'Ordine/Collegio/Ass.prof.li _____ di _____
N° _____ in data _____
Partita IVA per fatturazione _____

Chiede di iscriversi al corso ECM: **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: DAL COLLOQUIO CLINICO ALL'INTERVENTO**

A TAL FINE DICHIARA

- ☐ di aver versato la quota totale del corso pari a € 350
☐ di essere uno studente/laureando delle facoltà di Psicologia o Medicina e chirurgia, non aver diritto ai crediti ECM e per questo aver versato la quota del corso pari a € 300

DATA

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Dichiaro altresì di aver preso visione e di accettare la Normativa di acquisto dei corsi presente online sul sito www.cscp.it

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Autorizzo la pubblicazione delle mie immagini riprese durante l'evento sul sito www.cscp.it e sul profilo Facebook (<https://www.facebook.com/profile.php?id=100009282762389>) e YouTube di CSCP. Accetto che la loro pubblicazione e i tempi di permanenza online siano a totale discrezione della direzione CSCP. Ne vieta altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale e il decoro e potrà in qualsiasi momento chiederne la cancellazione.

FIRMA DEL RICHIEDENTE
