

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

SCHEDA DI ISCRIZIONE
Roma, 2 -3 e 23-24 ottobre 2015

Il/ 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° iscrizione Ordine Professionale(campo obbligatorio per Medico Chirurgo e Psicologo) _____

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

PRIVO OCCUPAZIONE

Chiede di essere ammesso al seminario:

**“Disturbo dell’apprendimento non verbale:
valutazione e riabilitazione”**

Come sei venuto a conoscenza dell’evento? _____

Struttura/Ente di provenienza _____

Il pagamento dovrà essere effettuato indicando la causale **“Non verbale ottobre 2015”**

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