

Alla Segreteria Organizzativa  
Indirizzo mail : [formazione.ecm@ideaprisma.it](mailto:formazione.ecm@ideaprisma.it)

Fax : 06.87201033

Tel: 329.6844353

**SCHEMA 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

\_\_\_\_\_