

# MODULO DI ISCRIZIONE Seminario Clinico Applicativo Mindfulness in Ambito Oncologico:

## DATI DEL PARTECIPANTE

|                                               |                                                                                                                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cognome                                       |                                                                                                                           | Nome                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| C.F. / P. IVA                                 |                                                                                                                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Luogo di nascita                              |                                                                                                                           | Data di Nascita          | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                                           |
| Comune e provincia di residenza               |                                                                                                                           | Come ci ha conosciuto?   | <div><input type="checkbox"/> OPL</div> <div><input type="checkbox"/> Sito ufficiale</div> <div><input type="checkbox"/> Facebook</div> <div><input type="checkbox"/> Psicologia e Psicoterapia</div> <div><input type="checkbox"/> Libreria Aleph</div> <div><input type="checkbox"/> Altro: _____</div> |
| C.a.p.                                        |                                                                                                                           | Indirizzo                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Telefono                                      |                                                                                                                           | Mail                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Laureato <input type="checkbox"/>             | Laureando <input type="checkbox"/>                                                                                        |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Facoltà                                       |                                                                                                                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Università                                    |                                                                                                                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Eventuali diplomi/titoli di studio conseguiti |                                                                                                                           | Fatturazione elettronica | <div><input type="checkbox"/> Codice univoco .....</div> <div><input type="checkbox"/> PEC .....</div> <div><input type="checkbox"/> non richiesta.....</div>                                                                                                                                             |
| Iscrizione albo                               | <div><input type="checkbox"/> Regione ..... n° .....<br/>dal .....</div> <div><input type="checkbox"/> non iscritto</div> | Posizione lavorativa     | Presso .....                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                               |                                                                                                                           | Settore                  | <div><input type="checkbox"/> pubblico</div> <div><input type="checkbox"/> privato</div>                                                                                                                                                                                                                  |

## AUTOCERTIFICAZIONE

|                                                                                                                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ART.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)                                                                                            |           |
| Il sottoscritto                                                                                                                                                           | nato a    |
| con residenza anagrafica nel Comune di                                                                                                                                    | Provincia |
| in via/piazza                                                                                                                                                             | n°        |
| Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000<br>D I C H I A R A |           |
| <input type="checkbox"/> di essere iscritta/o alla Facoltà di:                                                                                                            |           |
| <input type="checkbox"/> di essere Laureata/o in:                                                                                                                         |           |
| Data                                                                                                                                                                      | Firma     |

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Segnare il costo in base alla data d'iscrizione                                                      | <div><input type="checkbox"/> € 520,00 + iva iscrizione entro il 15/10/2020</div> <div><input type="checkbox"/> € 650,00 + iva iscrizione dal 16/10/2020 al 15/11/2020</div>                                                                                                                    |
| Segnare il tipo di rata                                                                              | <div>Numero Rate .....</div> <div><div><input type="checkbox"/> SC 5% soluzione unica</div><div><input type="checkbox"/> SC 5% iscrizione multipla<br/>nominativo .....</div><div><input type="checkbox"/> SC 5% ex corsista APL</div><div><input type="checkbox"/> SC 10% studenti</div></div> |
| Richiesta crediti ECM<br>(per i richiedenti aventi diritto)                                          | <div><input type="checkbox"/> si</div> <div><input type="checkbox"/> no</div>                                                                                                                                                                                                                   |
| Il partecipante è stato reclutato dallo Sponsor?<br>(in caso di risposta affermativa indicare quale) | <div><input type="checkbox"/> si _____</div> <div><input type="checkbox"/> no</div>                                                                                                                                                                                                             |

Il pagamento deve essere effettuato mediante bonifico bancario al seguente conto corrente:

**Sperling srl - Credito Valtellinese - (BIC SWIFT BPCVIT2S) - IBAN: IT12Y0521610800000000006072**

**CAUSALE: Mindfulness in Ambito Oncologico 2020 + nominativo iscritto**

**ALLEGARE AL PRESENTE MODULO DI ISCRIZIONE IL CONTRATTO DI ISCRIZIONE e I RELATIVI ALLEGATI (Pag. informativa privacy e codice di condotta) E RICEVUTA DEL BONIFICO BANCARIO EFFETTUATO.**