

SCHEDA DI ISCRIZIONE
Roma, 16-17 novembre 2024- Evento n° 3773-419605

Il/ La sottoscritto/a (NOME/COGNOME) _____

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

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

Codice Fiscale _____ P.Iva _____

La fatturazione elettronica obbligatoria tra privati e verso i consumatori entrerà in vigore dal 1° gennaio 2019 (legge di Bilancio 2018 - L. 205/179).

E-mail PEC _____

Specificando il Vostro Codice Destinatario _____

E.mail _____

Laureato in _____

Partecipante Reclutato NO SI Specificare _____

Si considera reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.

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

N°iscizione Ordine Professionale(**campo obbligatorio**) _____

RICHIEDENTE ECM

NON RICHIEDENTE ECM

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

PRIVO OCCUPAZIONE

Chiede di essere ammesso al corso:

Disprassia evolutiva: strutturazione di setting e proposte di intervento riabilitativo naturalistico nell'integrazione con le altre funzioni cognitive

Come sei venuto a conoscenza dell'evento? _____

Struttura/Ente di provenienza _____

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

Il pagamento dovrà essere effettuato indicando la causale "Disprassia nov2024 "

Intestato a : **Idea Prisma 82 Cooperativa Sociale**

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

In caso di Non raggiungimento del numero minimo di partecipanti scrivere il proprio IBAN per la restituzione della quota versata: _____

Accettazione del Regolamento

La sottoscrizione della Scheda di iscrizione comporta l'accettazione del Regolamento (vedi www.ideaprisma.it).

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 – Regolamento generale per la Protezione dei dati personali, il sottoscritto, avendo letto e compreso l'informativa, 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.