

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

SCHEDA DI ISCRIZIONE
Roma, 17 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) _____

RICHIEDENTE ECM

NON RICHIEDENTE ECM

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

PRIVO OCCUPAZIONE

Chiede di essere ammesso al seminario:

“La sessualità per le persone con Disabilità Intellettiva ed Autismo”

Come sei venuto a conoscenza dell'evento? _____

Struttura/Ente di provenienza _____

Il pagamento dovrà essere effettuato indicando la causale **“Convegno Sessualità 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