

**TITOLO DEL CORSO**

--

**DATA**

--

Nome*	
Cognome*	
Residente in Via _____ n° _____ CAP _____ Città _____ Prov. ____	
Telefono*	Cellulare*
E-mail (inserire per ricevere l' attestato in tempi brevi) _____ @ _____	
Sei interessato a ricevere materiale informativo?      Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale*	
Luogo e data di nascita*	
Ente di appartenenza/sede lavorativa	
Professione sanitaria *	
Tipologia*:    Libero Professionista <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione <input type="checkbox"/>	
Disciplina* (specificare eventuale specializzazione conseguita)	
Indicare come è venuto/a a conoscenza dei nostri Eventi Formativi <input type="checkbox"/> sito Age.na.s. <input type="checkbox"/> sito internet <a href="http://www.lariabilitazione.com">www.lariabilitazione.com</a> <input type="checkbox"/> profilo facebook /rete <input type="checkbox"/> pubblicità/newsletter <input type="checkbox"/> passaparola <input type="checkbox"/> pubblicazioni <input type="checkbox"/> altro	

La **fattura** deve essere intestata a: (da compilare sempre, anche nei caso di privati che pagano in proprio)

Nome e Cognome/Ente	
Via/Piazza, n.	
Città	
CAP	Prov.
Codice Fiscale/P.IVA	

***Si richiede la cortesia di riempire il modulo nella sua interezza: i campi contrassegnati con \* sono obbligatori ai fini dell' assegnazione degli ECM.***

**DICHIARAZIONE PRIVACY**

Consapevole delle sanzioni anche penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli art. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiaro che i dati sopra forniti corrispondono a verità.

Premesso che il Provider e la Segreteria Organizzativa dichiarano e garantiscono che i dati personali relativi ai partecipanti all'Evento e/o a terzi raccolti od utilizzati in occasione dell'Evento stesso saranno trattati in conformità a quanto stabilito dal D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, acconsento ad ogni effetto di legge e di regolamento, ed in particolare ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196 in vigore dal 01.01.2004, al trattamento dei dati sopra raccolti secondo i diritti a norma dell'art.7 del Codice Civile.

Data \_\_\_\_\_

Firma per accettazione \_\_\_\_\_