



ANALISI DEL MOVIMENTO IN CLINICA

OSSERVARE E MISURARE

Verona, 14 e 15 settembre 2012

MODULO ISCRIZIONE

Cognome e Nome _____

COD. FISC: _____ Qualifica _____

Via _____

CAP _____ Città _____

Tel. _____ Cell _____

EMAIL _____

Ente di appartenenza: : _____

CAP _____ Città _____

P.IVA (Obbligatoria in caso di fatturazione all'Ente) _____

N.B. La fattura verrà rilasciata in ogni caso.

Solo se verrà specificata la P.IVA dell'Ente di Appartenenza, la fattura sarà emessa a nome dello stesso

Da far pervenire a:

Ufficio Formazione ECM
Centro Polifunzionale Don Calabria
Via San Marco, 121 – 37138 VERONA
Tel. 045 81 84 130 - Fax 045 81 84 120
E-mail: ecm@centrodoncalabria.it

Quote di iscrizione:

- 180 €, comprensivi di partecipazione al corso, materiale didattico, attestato di partecipazione e certificato ECM.
- Soci SIRN, SIAMOC e SIMFER (in regola con la quota associativa): 150€.
- Specializzandi e studenti: 100 €.

Informativa Privacy

Ai sensi del Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003 "Testo unico in materia di protezione dei dati personali" il richiedente autorizza il Centro Polifunzionale Don Calabria al trattamento dei suoi dati personali. I dati raccolti saranno trattati esclusivamente dal Centro Polifunzionale Don Calabria al fine di elaborare la richiesta di iscrizione al corso e relative pratiche amministrative correlate. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi.

Il partecipante potrà in ogni caso esercitare i diritti di cui all'art. 7 del summenzionato decreto (conoscere, ottenere la cancellazione, l'aggiornamento e l'integrazione dei dati) inviando una comunicazione scritta a: Centro Polifunzionale Don Calabria, via San Marco n. 121 - 37138 Verona, all'attenzione del Responsabile della Privacy. L'informativa completa può essere visionata sul sito internet del Centro Polifunzionale Don Calabria www.centrodoncalabria.it

Acconsento

Non Acconsento

Data _____

Firma _____