# SCHEDA DI PARTECIPAZIONE AL/I CORSO/I - UDINE

## Dati personali richiesti per l'accreditamento ecm

NOME COGNOME

INDIRIZZO N.

CAP CITTÀ ( PROVINCIA)

NATO IL

TEL EMAIL

CODICE FISCALE PROFESSIONE

DISCIPLINA STRUTTURA DI APPARTENENZA

## Dati dell'azienda a cui intestare la fattura

RAGIONE SOCIALE PARTITA IVA

INDIRIZZO N.

CAP CITTÀ ( PROVINCIA)

TEL FAX EMAIL

La fattura è da intestare a:

☐ **A ME STESSO/A** ☐ **ALL'AZIENDA**

Il partecipante svolge la professione da:

☐ **LIBERO PROFESSIONISTA** ☐ **DIPENDENTE** ☐ **CONVENZIONATO**

Consenso al trattamento dei dati personali: Il sottoscritto, a conoscenza dell'informativa ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali (DL 30/06/2003, n. 196) per le finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto in atto, esprime il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per tutte le finalità ulteriormente collegate alla presente iniziativa.

**DATA** **FIRMA**

Selezionare il/i corso/i a cui si vuole aderire:

**B** ☐ **A1** ☐ **A2** ☐ **A3** ☐

Provider e Segreteria organizzativa

**Formazione Continua srls**
ID 5279
Via Merano, 15 - 20127 Milano
Tel: 02 21597573 - Fax: 02 89690610
Mobile: 335 7791892
E-mail: segreteriaorganizzativa@affidabile.it
Sito: www.affidabile.it

CON IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE DI:

CHINESPORT® ITALIA
REHABILITATION and MEDICAL EQUIPMENT