

SCHEDA D'ISCRIZIONE

COMUNICAZIONE AUMENTATIVA E ALTERNATIVA E SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

13 OTTOBRE 2017

DOTT. SIG. (barrare la casella corrispondente)

CognomeNomeLuogo e Data di nascita.....

ViaCittà Pr.CAP

E-mail Telefono

Qualifica professionaleEnte di appartenenza

Sono interessato all'attribuzione dei crediti formativi (ECM) SI NO

Fatturare a

ViaCittà Pr.CAP

C.F. P.IVA

INDICARE SE L'ENTE DI APPARTENENZA A CUI FATTURARE BENEFICIA DI ESENZIONE IVA SI NO

INDICARE SE L'ENTE DI APPARTENENZA A CUI FATTURARE APPARTIENE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE SI NO

Per la fatturazione si utilizzeranno i dati sopra indicati; si prega di compilare **tutti** i campi richiesti ai fini della validità della candidatura.

Consenso al trattamento di dati personali

Preso visione dell'informativa ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 presente sul sito istituzionale della Fondazione:

do il consenso nego il consenso

all'utilizzo della mia immagine per le finalità di cui al punto 1 lettera b) dell'informativa;

do il consenso nego il consenso

al trattamento dei miei dati per le finalità di cui al punto 1 lettera c) dell'informativa, ovvero per ricevere materiale informativo sull'attività della Fondazione via e-mail.

Data _____

Firma _____