

Domanda di iscrizione

**ALIMENTAZIONE E SALUTE**

**25 giugno 2016**

**Hotel Belvedere S. Leucio (CE)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Cognome:** | **Nome:** |
| **Data di nascita:** | **Cittadinanza:** |
| **Luogo di nascita:** | **(Prov.)** |
| **Stato (se diverso da ITALIA)** | **Genere: M**  **F** |
| **Indirizzo:** | |
| **Città:** | **Provincia:** |
| **CAP:** | **Regione:** |
| **Telefono:** | **Fax:** |
| **E-mail:** | |
| **Codice fiscale:** (obbligatorio per ECM) | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titolo di studio** |  |  | **Laurea in** |
| **Specializzazione:** | | | |
| **Richiede crediti ECM: SI  NO** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dipendente: SI  NO** | **Tipologia Ente** (Az. Sanitaria, Ministero etc.) |
| **Libero professionista: SI  NO** | |

**MODALITA' DI ISCRIZIONE**

La domanda, scaricata dal sito [**www.phoenixformazione.it**](http://www.phoenixformazione.it), deve essere debitamente compilata, stampata, firmata e inviata alla segreteria via e-mail all'indirizzo [**segreteria@phoenixformazione.it**](mailto:segreteria@phoenixformazione.it) oppure via fax al numero **0810202985**.

La partecipazione al corso prevede il pagamento di una quota di iscrizione pari a:

**€ 25,00 + IVA con crediti ECM**

**GRATUITA senza credit ECM**

**GRATUITA** su invito

e dovrà essere versata a mezzo bonifico bancario a favore di

Beneficiario: **Phoenix Srl**

IBAN: **IT58D0301503200000003561088**

con la seguente causale: **ALIMENTAZIONE E SALUTE**

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:*

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini amministrativi.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_