

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** 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_