

Domanda di iscrizione

**“Le giornate Arianesi di Riabilitazione”**

**15 ottobre 2016**

**Centro di Riabilitazione Minerva Contrada Serra 1**

**Ariano Irpino (AV)**

**DATI PERSONALI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:** | **Partiva Iva** (per emissione fattura)**:** | |
| **Codice fiscale:** (obbligatorio per ECM) | | |

**DATI FATTURAZIONE** (se la fattura deve essere intestata ad una società o ad un soggetto diverso da chi consegue l’attestato)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ragione Sociale** | | **Sede Legale** | |
| **Città** | **Prov***.* | **CAP** | **Tel***.* |
| **Fax** | **Email** | | |
| **Codice Fiscale** | | **P. Iva** | |

**DATI PROFESSIONALI** (da compilare accuratamente ai fini ECM)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titolo di studio:** |  |  | Diploma di |
|  |  | Laurea in |
| **Specializzazione:** | | | |
| **Richiede attestato ECM se previsto: 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 è gratuita

**Il corso prevede:**

●Attestato ECM

●Kit congressuale

●Programma congressuale

●Coffee break

●Colazione di lavoro

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_