## 

|  |
| --- |
| **Titolo del corso**: ***“*LINKEDIN PER I PROFESSIONISTI DELLA RICERCA E DELLA CLINICA ”**  **Data edizione (*inizio-fine*):** **25 SETTEMBRE 2019 DALLE ORE 10.00 ALLE ORE 14.30** |

#### *In materia di autocertificazione e consapevole delle responsabilità connesse alle dichiarazioni non veritiere, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiara quanto di seguito:*

|  |
| --- |
| **COGNOME:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**NOME:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Data di nascita:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Indirizzo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Codice fiscale:.…/.…/…./…./.…/.…/…./.…/.…/…./…./.…/.…/.…/.…/.…/**  **Cell:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **e-mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Titolo di studio:** ❑ Laurea ❑ Diploma ❑ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Professione:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Disciplina (specializzazione):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Iscrizione Ordine/Collegio/ASS. prof.li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Numero:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Del \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**  **Ente/Reparto di Appartenenza:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Via/Piazza:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **CAP**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Città**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **n°**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cell/Tel**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**fax**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**E-mail**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***La fattura deve essere intestata a:***  *(compilare sempre, anche nei caso di privati che pagano in proprio)*  **Cognome Nome/Ente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Via**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**CAP**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Città** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Prov.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Codice fiscale: …/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/ e/o Partita IVA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Ai sensi del DLgs 196/2003, avente ad oggetto “Codice in materia di protezione dei dati personali” dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi istituzionali dell’Ente.*  **Firma del richiedente**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *A cura dell’interessato* |

**Modalità d’iscrizione:**

**Telefonare o inviare fax alla Segreteria Organizzativa dell’evento per ricevere conferma sulla disponibilità del posto. Solo dopo aver ricevuto conferma dalla Segreteria Organizzativa,** sarà richiesta la formalizzazione dell'iscrizione inviando, per posta elettronica o per fax, **entro tre giorni dalla conferma**, la scheda di iscrizione compilata, in ogni sua parte, in modo chiaro e in stampatello, firmata e accompagnata da fotocopia del pagamento della quota d'iscrizione.

**Modalità di pagamento:**

Le quote di iscrizione ai corsi devono essere versate su:

* c/c bancario iban IT58J0200805316000400000886 Unicredit Banca di Roma Agenzia IFO

intestati a: Istituti Fisioterapici Ospitalieri, servizio tesoreria, Via Elio Chianesi 53, 00128 Roma.

***Specificare obbligatoriamente e chiaramente nella causale del versamento: il titolo e la data di svolgimento dell’evento***

*Si autocertifica, ai sensi degli artt. 46,75 e76 del D.P.R. n.445/2000,*

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi Il GDPR General Data Protection – Regolamento GDPR UE 2016/679 in materia di trattamento e protezione dei dati personali.*

**ATTENZIONE**

**L’ISCRIZIONE NON VERRA PRESA IN CONSIDERAZIONE QUALORA LA SCHEDA RISULTI INCOMPLETA O NON LEGGIBILE**