

**MODULO DI ADESIONE AL CORSO DI ROMA**

Con il presente modulo di adesione il sottoscritto:

**Cognome** \_\_\_\_\_  
**Nome** \_\_\_\_\_  
**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_  
**Professione** \_\_\_\_\_  
**Data e luogo di nascita** \_\_\_\_\_  
**Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_  
**CAP** \_\_\_\_\_ **Città** \_\_\_\_\_  
**Tel** \_\_\_\_\_ **Cell.** \_\_\_\_\_  
**Mail** \_\_\_\_\_  
**Pec** \_\_\_\_\_  
**Sede** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Chiede di essere ammesso al Corso di Alta Formazione Post-Universitaria in Rieducazione Posturale Globale, articolato in n. 6 moduli della durata di 6 settimane e promosso da:  
Università di Roma, Tor Vergata—CIFAPPS – IRCCS Fondazione Santa Lucia - A.I.R.A.R.  
per l'Anno Accademico 2019 - 2020

A TAL FINE DICHIARA

Di essere in possesso del diploma o laurea in Fisioterapia conseguita in data/presso

ALLEGA:

Fotocopia del Diploma o Laurea in Fisioterapia  
Curriculum professionale

**DATI PER LA FATTURAZIONE** (Se diversi dai precedenti)

**Ragione Sociale** \_\_\_\_\_  
**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_  
**Partita iva** \_\_\_\_\_  
**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

AUTORIZZO L' A.I.R.A.R. AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI, AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO DEL 30/06/2003 N° 196 (codice in materia del trattamento dei dati personali).

L'eventuale non partecipazione deve essere segnalata 40 giorni prima dalla data d'inizio dell'evento.

In assenza di comunicazione scritta, secondo i tempi previsti, l'A.i.r.ar. tratterà il 50% della quota versata.

Data

Firma