

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 2018-2019

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