

**SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO n° \_\_\_\_\_**  
**TERAPIA MANUALE PEDIATRICA INTEGRATIVA**

**SEDE CORSO: HOSTEL TRASTEVERE 2 – VIA G.CASTELBOLOGNESE, 30/32 ROMA**

**SEGRETERIA SCIENTIFICA: A.i.r.a.r. – Via Aurelia, 559 – 00165 Roma**

Tel/Fax: 06/6621768

E-mail: [airar@airar.it](mailto:airar@airar.it)

**QUOTA D'ISCRIZIONE: 3.850 Euro pagabile in sei rate.**

**NUMERO MASSIMO DI PARTECIPANTI: 40**

**TITOLO DI STUDIO RICHIESTO: diploma di laurea o laurea in fisioterapia**

**MODALITA' D'ISCRIZIONE:** la scheda d'iscrizione dovrà essere compilata interamente, scrivendo con precisione i caratteri del codice fiscale e potrà essere inviata, firmata, al numero di fax 06/6621768 o via e-mail all'indirizzo [airar@airar.it](mailto:airar@airar.it).

Allegare alla scheda d'iscrizione

- certificato di responsabilità civile
- Breve lettera di motivazione, indicando la motivazione che ha condotto a partecipare a questa formazione
- Breve CV (un foglio A4), indicando esperienza professionale, soprattutto in campo pediatrico, principali formazioni post laurea e attuale posto di lavoro.

Le iscrizioni saranno accettate rispettando la cronologia di arrivo.

**MODALITA' DI PAGAMENTO: da effettuare a seguito della lettera di accettazione al corso tramite bonifico bancario**

A favore dell' A.i.r.a.r. – Banca Popolare di Sondrio Ag. 26

IBAN: IT93 Y056 9603 2260 0000 2227X34

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.a.r. tratterà il 50% della quota versata.

**ECM: richiesti crediti Formativi ECM**

Firma per conoscenza

---

**SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO n° \_\_\_\_\_**  
**TERAPIA MANUALE PEDIATRICA INTEGRATIVA**

Cognome: _____	Nome: _____
Data di Nascita: _____	Luogo di nascita _____

Codice  
Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza in Via _____
CAP: _____ Città _____ Provincia _____

Ragione Sociale _____
Via _____ n° _____
CAP: _____ Città _____ Provincia _____
(Se diverso dalla residenza)
P. Iva: _____

Tel. _____ Cell. _____
Mail _____
Pec / codice univoco _____

Professione: fisioterapista
Posizione : Convenzionato <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/>
Privo di occupazione <input type="checkbox"/>

Dichiaro di aver conseguito il titolo di studio richiesto: diploma di laurea o laurea in fisioterapia

Data

Firma

**SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO n° \_\_\_\_\_  
TERAPIA MANUALE PEDIATRICA INTEGRATIVA**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER  
L'INSERIMENTO INFORMATICO E LA PUBBLICAZIONE NELL'APPLICAZIONE ECM**

Preso atto che il D Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali - garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale e che, richiede, tra l'altro, il consenso scritto degli interessati per la comunicazione e per la diffusione di dati personali,

esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali

da parte dell'A.i.r.a.r. – Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento in Riabilitazione, necessari alla pubblicazione dei dati personali nell'applicazione ECM, per l'acquisizione dei Crediti Formativi ECM nell'anno 2020-2021.

Data

FIRMA .....

---

**INFORMATIVA PRIVACY**

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali - si rendono le seguenti informazioni:

- i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;
- titolare e responsabile dei dati trattati è l'A.i.r.a.r. – Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento in Riabilitazione.