

MODULO DI ADESIONE AL CORSO DI ROMA

Con il presente modulo di adesione il sottoscritto:

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Partita Iva

Data e luogo di nascita

Via **n.**

CAP **Città**

Tel **Cell.**

Mail

Pec

Sede CENTRO CONGRESSI AUDITORIUM AURELIA – VIA AURELIA, 796 - ROMA **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 per l'anno 2023.

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