

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 **IN DEFINIZIONE** **Date**

Chiede di essere ammesso al Corso sull'Approccio Fisioterapico in Pediatria, articolato in n. 4 moduli (il 1' e il 3' della durata di 2 giorni e mezzo, il 2' e il 4' di 3 giorni interi) per l'anno 2024.

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