

**Corso di Alta Formazione Post universitaria**

**in Rieducazione Posturale Globale**

**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** | **CLINICA PIO XI – VIA AURELIA, 559 - 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 2025.  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. tratterrà il 50% della quota versata.

Data Firma