

**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 DICHIARADi essere in possesso del diploma o laurea in Fisioterapia conseguita in data/pressoALLEGA: **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