SCHEDA DI ISCRIZIONE

da inviare compilata alla segreteria organizzativa corsi ECM:

formazione@fabulaonlus.it

In materia di autocertificazione e consapevole delle responsabilità connesse alle dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiara:

TITOLO CORSO:

COGNOME: _____NOME:_____

DATA di NASCITA: _____/_____/_____LUOGO di NASCITA_____

Indirizzo: _____n°_____CAP_____

Città_____Provincia_____n. telefono_____

E-mail _____@_____

E-mail pec_____@_____

Codice fiscale: …./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

P.IVA: …./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./….

Categoria professionale (Educatore, Medico, Psicologo, Logopedista, ecc.) _____

Disciplina (specializzazione per Medici e Psicologi)_____

Iscrizione Ordine/Collegio/ASS. prof.li _____Città/Regione:_____

Anno _____ Numero:_____

Organizzazione di appartenenza:_____

Ruolo Professionale: Dipendente □ Libero Professionista □ Privo di occupazione □

Sono interessato al riconoscimento dei crediti ECM SI □ NO □

INFORMATIVA sul trattamento dei dati personali

I dati personali indicati dal richiedente saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal GDPR 679/2016, come di seguito meglio specificato.

Desidero ricevere informazioni relative ad altri corsi organizzati dalla Cooperativa FABULA SI □ NO □

Data, FIRMA_____