



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 _____