**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**Corso Tecnico-Pratico**

**“LA NEURODINAMICA IN TERAPIA MANUALE”: Valutazione e Trattamento -Quadrante superiore e inferiore-**

Bologna 25/26 settembre, 13/14 novembre 2021

Istituto per Ciechi Francesco CAVAZZA – Via Castiglione, 71 40124 Bologna

**Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (. );**

**Data di Nascita\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_ ;** [**Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**](Tel:__________________________)**; e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Codice Fiscale;**

**Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ }; Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_; C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

**(4)FT Vedente SI\_\_NO\_\_€ 590,00; (1)Laureanda/o SI\_\_NO\_\_ € 390,00; FT/Equipollente non vedente/ipovedente SI\_\_\_NO\_\_\_ € 390,00;**

**Massofisioterapista non vedente/ipovedente SI\_\_NO\_\_\_ € 390,00**

**Collegio Interprovinciale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Albo Fisioterapisti n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Elenco Speciale post99\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**AutonomoI\_I Dipendente PubblicoI\_I; Dipendente PrivatoI\_I.**

**Partita IVA:**

**Azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,n.\_\_; C.A.P:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )**

**Pagamento Rateizzato entro il 15 luglio 2021 SI \_\_\_ NO\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_**

Le informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell’ambito di ECM (Educazione Continua Medicina) e per future informazioni di carattere istituzionale e formativo del Provider e IRIFOR Sede Centrale , ai sensi dell’ex art. 13 Reg UE 2016/679 a tutela della privacy.

Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_