

SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO n° _____
DISFUNZIONI ARTICOLARI PERIFERICHE DEGLI ARTI

DATA: 14 - 18 OTTOBRE 2019

DOCENTE: INAKI PASTOR PONS

SEDE DEL CORSO: SGM CONFERENCE CENTER - VIA PORTUENSE 741 - ROMA

SEGRETERIA SCIENTIFICA: A.i.r.a.r. – Via Aurelia, 559 – 00165 Roma

Tel/Fax: 06/6621768

E-mail: airar@airar.it

QUOTA D'ISCRIZIONE: 620 Euro

NUMERO MASSIMO DI PARTECIPANTI: 40

TITOLO DI STUDIO RICHIESTO: diploma di laurea o laurea in fisioterapia

MODALITA' D'ISCRIZIONE: la scheda d'iscrizione dovrà essere compilata interamente, scrivendo con precisione i caratteri del codice fiscale e potrà essere inviata, firmata, al numero di fax 06/6621768 o via e-mail all'indirizzo airar@airar.it.

Allegare alla scheda d'iscrizione

- attestato di corso base in Rieducazione Posturale Globale rilasciato dal Professor Philippe E. Souchard.

Le iscrizioni saranno accettate rispettando la cronologia di arrivo. Esse dovranno essere accompagnate dalla ricevuta del relativo pagamento.

MODALITA' DI PAGAMENTO: bonifico bancario

A favore dell' A.i.r.a.r. – Banca Popolare di Sondrio Ag. 26

IBAN: IT93 Y056 9603 2260 0000 2227X34

L'eventuale non partecipazione deve essere segnalata 60 giorni prima dalla data d'inizio dell'evento. In assenza di comunicazione scritta, secondo i tempi previsti, l'A.i.r.a.r. tratterà il 50% della quota versata.

ECM: richiesti crediti Formativi ECM

Firma per conoscenza

SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO n° _____
DISFUNZIONI ARTICOLARI PERIFERICHE DEGLI ARTI

Cognome: _____	Nome: _____
Data di Nascita: _____	Luogo di nascita _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residenza in Via _____
CAP: _____ Città _____ Provincia _____

Ragione Sociale _____
Via _____ n° _____
CAP: _____ Città _____ Provincia _____
(Se diverso dalla residenza)
P. Iva: _____

Tel. _____ Cell. _____
Mail _____
Pec / codice univoco _____

Professione: fisioterapista
Posizione : Convenzionato <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/>
Privo di occupazione <input type="checkbox"/>

Dichiaro di aver conseguito il titolo di studio richiesto: diploma di laurea o laurea in fisioterapia

Data

Firma

SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO n° _____
DISFUNZIONI ARTICOLARI PERIFERICHE DEGLI ARTI

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER
L'INSERIMENTO INFORMATICO E LA PUBBLICAZIONE NELL'APPLICAZIONE ECM**

Preso atto che il D Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali - garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale e che, richiede, tra l'altro, il consenso scritto degli interessati per la comunicazione e per la diffusione di dati personali,

esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali

da parte dell'A.i.r.a.r. – Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento in Riabilitazione, necessari alla pubblicazione dei dati personali nell'applicazione ECM, per l'acquisizione dei Crediti Formativi ECM nell'anno _____.

Data

FIRMA

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali - si rendono le seguenti informazioni:

- i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;
- titolare e responsabile dei dati trattati è l'A.i.r.a.r. – Associazione Italiana per la Ricerca e l'Aggiornamento in Riabilitazione.