

MODULO DI ISCRIZIONE EVENTO ECM

# SCOLIOSI NELL'ETA' EVOLUTIVA

## Un approccio multidisciplinare

Via Milano 12, 21052 Busto Arsizio (VA)

Per informazioni tel. 0331 1497513  
mail: [info@accademiaterapiemanuali.com](mailto:info@accademiaterapiemanuali.com)

L'iscrizione dovrà pervenire entro 10 giorni dall'inizio del corso unitamente all'eventuale distinta di pagamento. Si ricorda che il rilascio dell'attestato è subordinato al saldo della quota di iscrizione.

CALENDARIO CORSO: 2-3 Aprile e 7-8 Maggio 2022

dalle ore 09:00 alle ore 18:00

*DATI DEL PARTECIPANTE:*

NOME E COGNOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
NAZIONALITA'	
INDIRIZZO RESIDENZA	
PROFESSIONE	
SPECIALITA'	
TIPOLOGIA LAVORATIVA (Libero professionista, Convenzionato, Dipendente)	
PARTITA IVA	
CELLULARE	
INDIRIZZO E-MAIL	
N. ISCRIZIONE Ordine, Collegio, Ass.	
LUOGO DI ISCRIZIONE Ordine, Collegio, Ass.	
TIPOLOGIA Ordine, Collegio, Ass.	

✓ **Quota di partecipazione: € 750,00**

Il pagamento dovrà essere eseguito tramite bonifico bancario. La distinta del pagamento dovrà essere inviata insieme al presente modulo di iscrizione.

Dati per il bonifico: IT 92 D 05387 50401 000042634147 intestato a CENTRO CLINICO MASSARENTI srl  
Specificando nella causale: NOME e TITOLO del corso

NORME PARTICOLARI:

- Rinvio del corso: l'I.C.F. – Istituto Centrale di Formazione si riserva la facoltà, nel caso non pervenga un numero minimo di iscrizioni, di rinviare il corso. Ogni eventuale variazione sarà tempestivamente segnalata.
- Rinunce:** eventuali rinunce degli iscritti ai corsi saranno prese in considerazione solo se segnalate alla segreteria almeno 3 giorni prima dell'inizio dei corsi stessi. In caso contrario, la quota di partecipazione già corrisposta verrà fatturata ugualmente e sarà mantenuto il diritto dell'iscritto a partecipare all'edizione successiva del corso stesso.

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003, i dati personali acquisiti con la presente scheda di adesione vengono trattati oltre che in forma cartacea, anche con sistemi automatizzati predisposti per memorizzare, gestire o trasmettere i dati stessi, con logiche strettamente correlate alle finalità della registrazione. Tali dati potranno essere comunicati ai soggetti (professionisti e consulenti) incaricati dell'esecuzione delle prestazioni di assistenza e consulenza in materia fiscale o contabile e ai fini ECM ( trasmissione dati personali alla Commissione ECM).

Io sottoscritto ..... autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti in questo modulo in conformità alla legge 196/03 sulla tutela della privacy e ai fini ECM (trasmissione dei dati personali alla Commissione ECM).

Data. .... / ..... / .....

firma per accettazione \_\_\_\_\_

Mod.0121 Modulo iscrizione evento ECM