

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO FAD BRAINCARE 2017
“VALUTAZIONE E RIABILITAZIONE DELLE FUNZIONI MNESICHE”

Dati Anagrafici:Nome*:
_____Cognome*:
_____Data di nascita*:
_____Luogo di nascita*:
_____CF*:
_____Indirizzo di residenza* (specificare via, numero civico, paese, CAP e provincia):

_____Telefono*:
_____e-mail*:

Professione sanitaria*:

N. di iscriz. all'Ordine/Collegio/Ass.prof.:
_____Eventuale specializzazione* (per medici e psicologi):
_____Tipologia* (indicare se libero professionista, dipendente, convenzionato o privo di occupazione):
_____Struttura di riferimento:
_____**Dati per l'emissione della fattura:**Nome e Cognome / Ragione Sociale *:
_____Indirizzo (del libero professionista o dell'azienda cui si desidera intestare la fattura)*:
_____P.IVA (del libero professionista o dell'azienda cui si desidera intestare la fattura)*:

DICHIARAZIONE PRIVACY
Ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196

Consapevole delle sanzioni anche penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiaro che i dati sotto forniti corrispondono a verità. Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a informato/a in merito al "Codice in materia di protezione dei dati personali" (D.Lgs. 30.06.2003, n.196) art.13 relativamente alle modalità di raccolta e trattamento dei dati personali. Pertanto, premesso che i titolari dei dati sono le Società Gruppo Fipes s.r.l. corrente in Forlimpopoli, Via dell'Artigiano 7, e BrainCare corrente in Padova, via Fornace Morandi 24, acconsento ad ogni effetto di legge e di regolamento, ed in particolare ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196 in vigore dal 01.01.2004, di trattare i dati sopra raccolti secondo i diritti a norma dell'art.7 del Codice Civile.

DATA _____

FIRMA _____

*I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori ai fini dell'accreditamento ecm del professionista e dell'emissione della fattura.



Provider ministeriale N. 48

**BRAIN CARE**
VIVI LA TUA MENTE