

**2° EDIZIONE DEL CORSO**  
**L'AMBIENTE CHE SI PRENDE CURA: ADATTAMENTO DEL DOMICILIO,**  
**DOMOTICA, INFORMATICA FACILITANTE**  
**Roncadelle (BS) 27 novembre 2019**  
**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**I dati contrassegnati da asterisco sono OBBLIGATORI ai fini del rilascio dei CREDITI ECM/FC.AS**

**Schede incomplete potrebbero pregiudicare l'assegnazione dei crediti e il rilascio dell'attestato.**

\*NOME: \_\_\_\_\_

\*COGNOME \_\_\_\_\_

\*LUOGO E DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

\*CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

\*ENTE DI APPARTENENZA: \_\_\_\_\_

\*TITOLO DI STUDIO: \_\_\_\_\_

\*PROFESSIONE:  Medico  Infermiere  Fisioterapista  Psicologo  Educatore  Ass.Sociale

\*Se Medico specificare la disciplina \_\_\_\_\_

\*  Atra Professione Sanitaria (Specificare) \_\_\_\_\_

\*  convenzionato  dipendente  libero professionista  privo di occupazione

ISCRITTO ALL'ORDINE SI  NO  (Se SI dichiarare quale: psicologo ecc \_\_\_\_\_)

\*CELLULARE: \_\_\_\_\_

\*E-MAIL (necessario per consegna attestato) \_\_\_\_\_

**Sono interessato a ricevere i crediti ECM:**  SI  NO

**Sono interessato a ricevere i crediti FC.AS:**  SI  NO

FIRMA

Tutela della privacy. I suoi dati sono trattati in forma automatizzata al solo fine di prestare il servizio in oggetto. Il conferimento di dati è facoltativo: in mancanza tuttavia, non potremo dar corso al servizio.

I suoi dati non saranno divulgati. Titolare del trattamento è Acof Olga Fiorini Cooperativa Sociale, Via Varzi, 16 – 21052 Busto Arsizio (VA). Potrà esercitare i diritti di cui all'articolo 7 del d.lgs.vo n. 196/2003ed ex art. 12 e 13 del Reg. UE 2016/679 relativamente a accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, rivolgendosi a Acof Olga Fiorini Cooperativa Sociale

FIRMA

DATA