



## 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:** \_\_\_\_\_ ; **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** \_\_\_\_\_ ;

**Autonomo** **I Dipendente Pubblico** ; **Dipendente Privato**.

**Partita IVA:**

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

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

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

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

\_\_\_\_\_ **li** \_\_\_\_\_ . **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.

\_\_\_\_\_ **li** \_\_\_\_\_ ; **Firma** \_\_\_\_\_