SCHEDA DI ISCRIZIONE

Nome e cognome _____

_____

Data e Luogo di nascita _____

_____

Residenza _____

_____

Codice Fiscale _____

_____

Partita IVA _____

_____

Professione sanitaria _____

_____

Ente di appartenenza _____

_____

Telefono _____

_____

Email _____

_____

CONSENSO

Io sottoscritto…….…….preso atto dei diritti di cui alla Legge n. 675/96 -artt. 10 e 13 - esprimo il consenso previsto al trattamento dei dati che mi riguardano da parte della Cooperativa Sociale IDEA PRISMA 82 per le sue finalità istituzionali.

Data

Firma

# INFORMAZIONI GENERALI

**Partecipazione gratuita per coloro che non richiedono i crediti formativi ECM**

**Numero max. partecipanti per conseguimento ECM:** 60

**Quota di iscrizione:** 40,00 euro

**Destinatari del corso**: tutte le figure sanitarie

**Durata:** 8 ore

**Sede:** Centro Tangram - Via Ida Baccini, 80 – 2° piano - Roma

**Attestato**: Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza effettiva dei partecipanti al 100% della durata complessiva dell'evento.

**PER ISCRIVERSI**

L'iscrizione può essere effettuata, fino ad esaurimento posti, inviando il modulo di iscrizione e copia del bonifico via fax al numero 06 87201033 o via mail a coop@ideaprisma.it Il pagamento dovrà essere effettuato indicando la causale "**Percorsi riabilitativi e fasi di transizione nella disabilità intellettiva**" presso il conto intestato a Idea Prisma 82 Cooperativa Sociale Banca BNL GRUPPO BNP PARIBAS IBAN: IT 77 I 01005 03236 000000003521