




SCHEDA DI ISCRIZIONE
COMPILARE IN STAMPATELLO e

Inviare a amministrazione@anffasdesenzano.it o

PREFERIBILMENTE ENTRO IL 10 novembre

Cognome	Nome 
Luogo di nascita	Prov Data di nascita
Residente a	Prov
Via	N° C.A.P.

CODICE. FISCALE
Partita iva

Tel. Abitazione	Tel Lavoro
Cellulare	E-mail @
Associazione o Ente di Appartenenza	
Qualifica	titolo di studio
Per i Medici, indicare l'eventuale specializzazione	
Ha partecipato a precedenti corsi dell'ANFFAS di Desenzano?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (segnare se si è cambiato indirizzo) → <input type="checkbox"/>

ALLEGRO copia del versamento della quota di iscrizione effettuato con bonifico su:
BANCA POPOLARE DI SONDRIO – IBAN IT 30 P 05696 54460 000003926X79

Intestato a **ANFFAS onlus Desenzano – Via Durighello n. 1 – 25015 Desenzano del Garda**

CHI NECESSITA DI FATTURA E' PREGATO DI CONTATTARE LA SEGRETERIA AMMINISTRATIVA

amministrazione@anffasdesenzano.it - 030.9111955

CHI E' INTERESSATO AD OTTENERE I CREDITI ECM DEVE OBBLIGATORIAMENTE COMPILARE TUTTI I CAMPI
(la mancata o errata compilazione impedirà l'erogazione dei crediti ECM)

Richiedo i crediti come	<input type="checkbox"/> educatore professionale	<input type="checkbox"/> psicologo / psicoterapeuta	<input type="checkbox"/> logopedista
	<input type="checkbox"/> fisioterapista	<input type="checkbox"/> medico	<input type="checkbox"/> infermiere
	<input type="checkbox"/> Assistente Sanitario	<input type="checkbox"/> terapeuta della neuro e psicomotricità..	<input type="checkbox"/> ostetrica
	<input type="checkbox"/> Assistente Sociale		

Informativa sul trattamento dei dati personali: Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 'Regolamento Generale sulla protezione dei dati' ("RGPD")

- autorizzo** l'ANFFAS onlus di Desenzano del Garda ad utilizzare i miei dati personali per inviarmi informative riguardo a prossimi corsi/convegni
- autorizzo** l'ANFFAS onlus di Desenzano del Garda a trasmettere i dati sopra riportati alla CENTRO MOSES SRL e, contestualmente, autorizzo la CENTRO MOSES SRL alla pubblicazione dei miei dati per l'inserimento nell'applicazione ECM ai fini dell'ottenimento dei crediti ECM relativi al corso di formazione da me seguito

Data..... Firma

 **Se si chiedono crediti ECM , inserire anche l'eventuale secondo nome se il codice fiscale è stato elaborato tenendone in considerazione**

Campo riservato all'ANFFAS Desenzano : quota versata

€