|  |  |
| --- | --- |
| Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente**Modulo di Iscrizione****Corso:****Ausili per l’autonomia e la partecipazione -** Corso di Alta Formazione sulle Tecnologie Assistive per le Persone con Disabilità**Conegliano**21-24 febbraio20-23 marzo10 -13 aprile**2024*****Info****Inviare la scheda di iscrizione allegando curriculum vitae e copia del codice fiscale,* ***entro*** *il* ***31 gennaio 2024****.* *Il pagamento andrà effettuato una volta ricevuta conferma di accettazione dell'iscrizione*  | **Cognome**: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nome**:\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Indirizzo**: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_**CF**: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Data e luogo di nascita: \*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Tel**: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **e-mail**: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Qualifica professionale: \*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Specializzazione (per medici e psicologi): \*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ente di appartenenza: \*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ordine/Collegio/Associazione** (*rappresentativa della professione*) **di iscrizione: \*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Provincia/Regione dell’Ordine/Collegio/Ass.: \*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Profilo professionale: \*  ❑ Dipendente del SSN ❑ Libero professionista ❑ Convenzionato SSN ❑ AltroProvincia in cui opera prevalentemente: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Fatturazione a: \** *❑ Privato: indicare domicilio fiscale* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *❑ Libero professionista: indicare domicilio fiscale* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *p.iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *❑ ente di appartenenza: indicare sede legale e partita iva* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Codice Univoco SDI oppure PEC per fatturazione elettronica**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**La informiamo che i dati personali da Lei forniti saranno trattati per le finalità e nelle modalità descritte nell’informativa disponibile sul sito* [*www.lanostrafamiglia.it/chisiamo*](http://www.lanostrafamiglia.it/chisiamo) *e che Lei dichiara di conoscere.**Data \* Firma\**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\* Dati da compilare obbligatoriamente (Allegare copia del codice fiscale)* |