

SCHEDA D'ISCRIZIONE CORSO ECM:

FISIOTERAPISTI E COLLABORAZIONE NELL'AREA DEI CRONICI LECCO , 2 DICEMBRE 2017

Codice Fiscale _____

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ Prov. (_____) il _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel _____ Fax _____

Cell _____

E-mail _____

Professione _____

Disciplina _____

Studente Libero Professionista Dipendente Struttura convenzionata

Se Libero Professionista Partita IVA: _____

Indirizzo professionale:

Azienda _____

Reparto _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Partita IVA _____

Tel _____ Fax _____

Il/la sottoscritto/a autocertifica ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d. l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n. 326 di essere in possesso del titolo professionale dichiarato per l'acquisizione dei crediti ECM ed inoltre dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali ai fini ECM, secondo quanto previsto dalla Legge 196/03 art. 7 e 13.

Data _____ Firma _____

PAGAMENTO QUOTA DI PARTECIPAZIONE:

Tramite bonifico bancario intestato a SPIF indicando Cognome e Nome del partecipante

Banco Popolare : IBAN: IT02A0503401402000000001190

PER ISCRITTI SPIF specificare n° tessera _____)

“L'iscritto SPIF per beneficiare della tariffa GRATUITA dovrà risultare iscritto il giorno del corso”.

MODALITA' DI ISCRIZIONE: le iscrizioni, che si consiglia preannunciare con e- mail, dovranno essere confermate mediante **invio dell'apposita scheda con copia allegata della disposizione bancaria** e verranno accettate fino ad esaurimento dei posti facendo fede la prima comunicazione ricevuta. **email: segreteria@spif.it**

La partecipazione ai corsi è subordinata al pagamento anticipato delle quote previste.