Ente Morale "Provincia della Natività BMV-O.SS.T" - Sede operativa di Gagliano del Capo (Lecce)
SCHEDA ISCRIZIONE EVENTO RESIDENZIALE n°1956- 166582

(Si raccomanda di compilare in maniera CHIARA e soprattutto LEGGIBILE)

Il sottoscritto/a (cognome)_____ (nome) _____

nato/a a _____(PR____) il _____ / ___ / _____

residente in _____via _____n°____

Telefono _____/_____ Posta elettronica _____

Professione _____Luogo di lavoro _____

☐ *Dipendente* ☐ *Consulente*

Iscritto ☐ Ordine ☐ Collegio ☐ Associazione Professionale _____

Regione _____Provincia _____ n°_____

Scrivere in maniera chiara

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

chiede l'iscrizione all'evento residenziale in programma dal 4 al 5 novembre 2016 dal titolo:

IL BAMBINO DISCINETICO – IL BAMBINO ATASSICO

La fattura dovrà essere intestata:

Cognome _____ Nome _____

Via _____ n°__ CAP _____Città _____Pr ____

Partita IVA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Firma _____

La quota di partecipazione comprende: cartella personale, materiale didattico, coffee break, attestato con crediti ECM o di partecipazione. La quota di partecipazione deve essere inviata a:

Provincia della Natività B.M.V., Piazza Padri Trinitari, 73034 Gagliano del Capo (Le)

mediante le seguenti modalità

Banca SELLA, Agenzia di Castrignano del Capo, IBAN: IT 67J03268 79550 052734344322

Banco POSTA, IBAN IT 73 C 07601 16000 001024807057

Bollettino C/C POSTALE N°1024807057

CAUSALE: iscrizione evento ECM novembre 2016

Per l'inserimento "nell'elenco partecipanti evento" è necessario inviare, tramite **fax (0833/797218) o per e-mail,** donatella.colaci@centroriabilitazione.org, la scheda di iscrizione e la ricevuta del versamento della quota di iscrizione.

Nel rispetto della L.N. n°196/2003 acconsento al trattamento dei miei dati personali, consapevole che le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa (contabilità, logistica, formazione elenchi, registrazione ECM, ecc) e per essere aggiornato sugli eventi formativi organizzati dall'Ente.

SI ☐ NO ☐ **firma** _____