

# SCHEDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO ECM DEL 11 e 12.10.2024

## Dati personali richiesti per l'accreditamento ecm

NOME

COGNOME

INDIRIZZO

N.

CAP

CITTÀ ( PROVINCIA)

NATO

IL

TEL

EMAIL

CODICE FISCALE

PROFESSIONE

DISCIPLINA

STRUTTURA DI APPARTENENZA

## Dati dell'azienda a cui intestare la fattura

RAGIONE SOCIALE

PARTITA IVA

INDIRIZZO

N.

CAP

CITTÀ (PROVINCIA)

TEL

CODICE SDI O PEC (per fatturazione elettronica)

EMAIL

La fattura è da intestare a:

A ME STESSO/A  ALL'AZIENDA

Il partecipante svolge la professione da:

LIBERO PROFESSIONISTA  DIPENDENTE  CONVENZIONATO

Consenso al trattamento dei dati personali. Il sottoscritto, a conoscenza dell'informativa privacy ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 (disponibile sul sito internet [www.affidabile.it](http://www.affidabile.it)) per le finalità connesse alla gestione dell'iscrizione all'evento formativo e per il successivo invio di informazioni relative a nuove iniziative e servizi formativi attivati da Formazione Continua SIs, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati

DATA

FIRMA

ORGANIZZATO DA:

PROVIDER

