

# MALATTIE RARE IN CLINICA DELLA RIABILITAZIONE

## Corso teorico pratico "Metodologie e percorsi in riabilitazione"

Riccione, 20-23 maggio 2018

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

**da inviare alla Segreteria Organizzativa A.R.A.R.**

Via Pancaldi, 3 - 40138 Bologna

Tel. e Fax 051 300440 - [micaela@corsodiriccione.it](mailto:micaela@corsodiriccione.it)

Tel. 051 0826692 Fax 051 0821584 [corsodiriccione@ararform.eu](mailto:corsodiriccione@ararform.eu)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via\* \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Categoria Professionale e Disciplina per cui si richiedono i crediti E.C.M. \_\_\_\_\_

Dipendente  Libero Professionista  Convenzionato

Intestazione fattura\*\* : \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

\* Indicare l'indirizzo di residenza, il Codice Fiscale e la mail ai fini dell'assegnazione dei crediti E.C.M.

\*\*Se diversa dai dati sopra forniti

**Le iscrizioni fatturate alla Pubblica Amministrazione saranno accolte previo accordi sul metodo di pagamento e di fatturazione**

**Richiesta di esenzione IVA (art. 10 comma 1, n. 20 del D.P.R. 633/72)**

Gli Enti Pubblici che desiderino richiedere l'esenzione IVA sul pagamento della quota d'iscrizione di dipendenti, sono tenuti a farne specifica richiesta **via email [corsodiriccione@ararform.eu](mailto:corsodiriccione@ararform.eu)**.

**Garanzia di riservatezza.** Il trattamento dei dati personali che la riguardano viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dal D.L. 196/03. In particolare: i dati personali vengono raccolti per le necessità amministrative ed organizzative di servizio e per le attività da noi prestate. Il conferimento dei dati è necessario al fine di poter usufruire dei servizi offerti da A.R.A.R. e l'eventuale rifiuto comporta la rinuncia a partecipare alle nostre attività. È nostra intenzione mettere a disposizione di terzi esclusivamente per comunicazioni di servizio e promozionali la nostra banca dati comprensiva dei dati personali raccolti. In qualsiasi momento potrà richiedere la modifica o la cancellazione dei dati da Lei forniti scrivendo ad Associazione A.R.A.R. - Via Mazzini, 2/3 - 40138 Bologna. La invitiamo a prestare per iscritto il proprio consenso al trattamento dei dati effettuato da A.R.A.R. apponendo la propria firma nello spazio sotto indicato.

Data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SI PREGA DI COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE**

