

Scheda di iscrizione

“BES, disturbi dell’apprendimento e disabilità: analisi, individuazione del fabbisogno, tecniche di insegnamento e strumenti compensativi” (id.evento 189243)

Pisa 7 aprile 2017

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ in via _____ n. _____ CAP _____

Codice fiscale _____ P.IVA _____

Telefono _____ E-mail _____

Dipendente Libero Professionista

Professione sanitaria _____

| | |
|-----------------------------------|--|
| Specializzazione | |
| Disciplina di riferimento | |
| Ordine/Albo/Ass. Prof.le/Collegio | |
| N. Iscrizione | |

Insegnanti

| | |
|--|--|
| Scuola di appartenenza (inserire grado e indirizzo) | |
| Materia insegnata | |

Altro uditore _____

Quota di iscrizione 60 euro (esente iva per crediti ecm e altri crediti)

da versare entro e non oltre il 5/04/2017 a:

SOC. COOP. AFORISMA – IBAN: IT53 X033 5901 6001 0000 0100 196 – Banca Prossima

Causale: Convegno ECM 7/4/2017 + Nome del discente

Si prega di allegare alla presente scheda la ricevuta dell’avvenuto pagamento.

Autorizzo al trattamento dei dati personali per gli adempimenti previsti secondo l’Art.7 del decreto Legislativo 196/2003.

Luogo, data e firma