|  |  |
| --- | --- |
| Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente  **Modulo di Iscrizione**  **Corso:**  **Ausili per l’autonomia e la partecipazione -**  Corso di Alta Formazione sulle Tecnologie Assistive per le Persone con Disabilità  **Conegliano**  21-24 febbraio  20-23 marzo  10 -13 aprile  **2024**  ***Info***  *Inviare la scheda di iscrizione allegando curriculum vitae e copia del codice fiscale,* ***entro*** *il* ***31 gennaio 2024****.*  *Il pagamento andrà effettuato una volta ricevuta conferma di accettazione dell'iscrizione* | **Cognome**: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nome**:\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Indirizzo**: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_  **CF**: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Data e luogo di nascita: \*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tel**: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **e-mail**: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Qualifica professionale: \*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Specializzazione (per medici e psicologi): \*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ente di appartenenza: \*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ordine/Collegio/Associazione** (*rappresentativa della professione*) **di iscrizione: \***  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Provincia/Regione dell’Ordine/Collegio/Ass.: \*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Profilo professionale: \*  ❑ Dipendente del SSN ❑ Libero professionista  ❑ Convenzionato SSN ❑ Altro  Provincia in cui opera prevalentemente: \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Fatturazione a: \**  *❑ Privato: indicare domicilio fiscale*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *❑ Libero professionista: indicare domicilio fiscale*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *p.iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *❑ ente di appartenenza: indicare sede legale e partita iva*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Codice Univoco SDI oppure PEC per fatturazione elettronica*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *La informiamo che i dati personali da Lei forniti saranno trattati per le finalità e nelle modalità descritte nell’informativa disponibile sul sito* [*www.lanostrafamiglia.it/chisiamo*](http://www.lanostrafamiglia.it/chisiamo) *e che Lei dichiara di conoscere.*  *Data \* Firma\**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\* Dati da compilare obbligatoriamente (Allegare copia del codice fiscale)* |