SCHEDA DI ISCRIZIONE

Desidero iscrivermi alla Giornata di Studio "Azioni, acting, enactment in campo" del 14-11-2020.

DATI (campi obbligatori*)

*Cognome

*Nome

*Indirizzo

*Città

*CAP *Prov.

Telefono

e-mail

P. IVA (solo soggetti IVA)
C.F.

*PROFESSIONE (per accreditamento ECM o F.C.A.S.)

□ psicologo □ medico spec. in ……

□ assistente sociale □ specializzando in

……

DATI per la FATTURA all'ENTE □ Ente privato □ Ente Pubblico (Fatturazione Elettronica). (denominazione, indirizzo completo, C.F., P.I., Cod.destinatario)

……
……
……
……
……

Autorizzo all'utilizzo dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 art. 13

Data Firma

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Desidero iscrivermi alla Giornata di Studio "Azioni, acting, enactment in campo" del 14-11-2020.

DATI (campi obbligatori*)

*Cognome

*Nome

*Indirizzo

*Città

*CAP *Prov.

Telefono

e-mail

P. IVA (solo soggetti IVA)
C.F.

*PROFESSIONE (per accreditamento ECM o F.C.A.S.)

□ psicologo □ medico spec. in ……

□ assistente sociale □ specializzando in

……

DATI per la FATTURA all'ENTE □ Ente privato □ Ente Pubblico (Fatturazione Elettronica). (denominazione, indirizzo completo, C.F., P.I., Cod.destinatario)

……
……
……
……
……

Autorizzo all'utilizzo dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 art. 13

Data Firma

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Desidero iscrivermi alla Giornata di Studio "Azioni, acting, enactment in campo" del 14-11-2020.

DATI (campi obbligatori*)

*Cognome

*Nome

*Indirizzo

*Città

*CAP *Prov.

Telefono

e-mail

P. IVA (solo soggetti IVA)
C.F.

*PROFESSIONE (per accreditamento ECM o F.C.A.S.)

□ psicologo □ medico spec. in ……

□ assistente sociale □ specializzando in

……

DATI per la FATTURA all'ENTE □ Ente privato □ Ente Pubblico (Fatturazione Elettronica). (denominazione, indirizzo completo, C.F., P.I., Cod.destinatario)

……
……
……
……
……

Autorizzo all'utilizzo dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 art. 13

Data Firma