ANFFAS onlus
OGNI PERSONA CON DISABILITÀ È NOSTRO FIGLIO
VIA DURIGHELLO, 1 - 25015 DESENZANO D/G. (BS)

"L'ARTE DI TROVARE SOLUZIONI"

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COMPILARE IN STAMPATELLO e

Inviare per FAX allo 030.9902430

ENTRO E NON OLTRE IL 18 marzo

Cognome…… Nome ✪……

Luogo di nascita ……. Prov ( ) Data di nascita ……

Residente a …… Prov ( )

Via …… N…… C.A.P……

CODICE. FISCALE |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|...

Partita iva |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|...

Tel. Abitazione …… Tel Lavoro ……

Cellulare …… E-mail ……@……

Associazione o Ente di Appartenenza ……

Qualifica ……TITOLO DI STUDIO ……

Ha partecipato a precedenti corsi dell'ANFFAS di Desenzano? NO ☐ SI ☐ (segnare se si è cambiato indirizzo ☐)

ALLEGO copia del versamento della quota di iscrizione effettuato con bonifico su:

☐. BANCA DI CREDITO COOPERATIVO BEDIZZOLE TURANO VALVESTINO – IBAN IT 50 K 08379 54660 000000220267

☐ CONTO CORRENTE POSTALE – 43714203

Intestato a **ANFFAS onlus Desenzano – Via Durighello n. 1 – 25015 Desenzano del Garda**

➔➔ NECESSITO DI FATTURA ☐ intestata a me ☐ intestata a:

Ragione Sociale…… Tel: ……

Via …… Comune …… CAP …… Provincia …….

CODICE. FISCALE |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|...

Partita iva |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|...

CHI E' INTERESSATO AD OTTENERE I CREDITI DEVE OBBLIGATORIAMENTE COMPILARE TUTTI I CAMPI
(su precisazione ministeriale, la mancata o errata compilazione impedirà l'erogazione dei crediti)

Richiedo i crediti come	☐ educatore professionale	☐ psicologo / psicoterapeuta	☐ logopedista	☐ psicomotricista
	☐ medico	☐ fisioterapista	☐ infermiere	☐ terapista occupazionale	☐ Assistente Sociale

Informativa sul trattamento dei dati personali:

- **autorizzo** l'ANFFAS onlus di Desenzano del Garda a trasmettere i dati sopra riportati all'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda
- **autorizzo** all'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 per ogni finalità connessa al convegno ""L'ARTE DI TROVARE SOLUZIONI"

Data…… Firma ……(CON LA FIRMA IN CALCE SI DA CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI del D.L. 196/03)

✪ **Se si chiedono crediti, inserire anche l'eventuale secondo nome se il codice fiscale è stato elaborato tenendone in considerazione**