



**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
**COMPILARE IN STAMPATELLO**

Inviare a [amministrazione@anffasdesenzano.it](mailto:amministrazione@anffasdesenzano.it)

per FAX allo 030.9901889 ENTRO E NON OLTRE IL **10 MAGGIO**

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		
Per i Medici, indicare l'eventuale specializzazione			
Ha partecipato a precedenti corsi dell'ANFFAS di Desenzano?	NO	SI	(segnare se si è cambiato indirizzo) →

**ALLEGRO** copia del versamento della quota di iscrizione effettuato con bonifico su:  
BANCA POPOLARE DI SONDRIO – IBAN IT 30 P 05696 54460 000003926X79

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

→→ NECESSITO DI FATTURA	<input type="checkbox"/>	intestata a me	<input type="checkbox"/>	intestata a:
Ragione Sociale				Tel:
Via	Comune	CAP	Prov	
CODICE. FISCALE				
Partita iva				

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

Richiedo i crediti come	<input type="checkbox"/> educatore professionale	<input type="checkbox"/> psicologo / psicoterapeuta	<input type="checkbox"/> logopedista	<input type="checkbox"/> infermiere
	<input type="checkbox"/> fisioterapista	<input type="checkbox"/> terapeuta della riabilitazione Psichiatrica	<input type="checkbox"/> terapeuta della Neuro e Psicomotricità nell'Età Evolutiva	
	<input type="checkbox"/> medico	<input type="checkbox"/> terapeuta occupazionale		

**Informativa sul trattamento dei dati personali:**

- autorizzo l'ANFFAS onlus di Desenzano del Garda a trasmettere i dati sopra riportati Azienda Socio Sanitaria Territoriale del Garda
- autorizzo l'A.S.S.T. del Garda al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 per ogni finalità connessa al convegno "POSSO SCEGLIERE! Promuovere l'autodeterminazione e l'autonomia nelle persone con disabilità intellettiva"

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 ECM , inserire anche l'eventuale secondo nome se il codice fiscale è stato elaborato tenendone in considerazione

Campo riservato all'ANFFAS Desenzano : quota versata

€