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

# "STRATEGIE EDUCATIVE E PERCORSI RIABILITATIVI NELLA DISABILITÀ GRAVE E GRAVISSIMA"

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

**COMPILARE IN STAMPATELLO e**

**Inviare per FAX allo 030.9902430**

**ENTRO E NON OLTRE IL 4 marzo**

Cognome..... Nome ✪.....

Luogo di nascita ..... Prov ( ) Data di nascita ..... Residente a

..... Prov ( )

Via ..... N..... C.A.P.....

CODICE. FISCALE I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I...

Partita iva I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I...

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 I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I...

Partita iva I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I___I...

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Richiedo i crediti** come | ☐ educatore professionale | ☐ psicologo / psicoterapeuta | ☐ logopedista | ☐ terapista riab. Psichiatrica | ☐ 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**