

<b>DISPRASSIA E DSA</b>			
<b>Neuroscienze e approccio multidisciplinare dall'età scolare all'età adulta</b>			
<b>Associazione Italiana Disprassia dell'Età Evolutiva – APS</b>			
CODICE ECM	Identificativo Referente: 6603		Sede Congresso
DATA	16 e 17 Marzo 2024	SEDE	BV Oly Hotel (Roma) – FAD

*Si prega di scrivere in modo chiaro e leggibile per una corretta assegnazione dei crediti E.C.M.*

NOME.....
COGNOME .....
NATO A .....IL .....
RESIDENTE A .....VIA.....CAP.....
C.F. ....P.iva.....Codice Univoco.....
PROFESSIONE .....SPECIALIZZAZIONE.....
<b>PARTECIPAZIONE AL CONGRESSO</b>
<input type="checkbox"/> PRESENZA <input type="checkbox"/> WEBINAR
<b>N.B. Barrare la voce che interessa</b>
<input type="checkbox"/> SOCIO AIDEE (Genitore) <input type="checkbox"/> SOCIO AIDEE (professionista) <input type="checkbox"/> NON SOCIO
<b>N.B. Barrare la voce che interessa</b>
RICHIESTA CREDITI ECM
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>N.B. Barrare la voce che interessa</b>
TEL. .... MAIL .....
FIRMA .....

*TUTELA PRIVACY: I dati raccolti verranno conservati e tutelati elettronicamente, in forma strettamente riservata, in osservanza del D.Lgs. 196/03 e del GDPR UE 2016/679 relativi alla tutela del trattamento dei dati personali. Gli stessi potranno essere, su richiesta dell'interessato, modificati o cancellati in qualsiasi momento. In particolare tali dati potranno essere inviati al Ministero della Salute, per i fini afferenti alle iniziative della Simax formazione., nell'ambito del programma E.C.M.*

*Acconsento all'inserimento dell'indirizzo mail nella vostra newsletter, nel rispetto della privacy policy consultabile al seguente link <https://www.simaxformazione.it/privacy/per> restare aggiornato sui prossimi corsi di formazione:*

si  no

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_