

Convegno ECM

SABATO 12 APRILE 2025

MODULO DI PARTECIPAZIONE

Si prega di compilare il presente modulo e inviare mezzo mail al seguente indirizzo:

info@iterscuola.it

con oggetto **MODULO DI PARTECIPAZIONE CONVEGNO.**

Iscrizione obbligatoria ai fini della partecipazione e dell'attribuzione del punteggio ECM

Nome _____ Cognome _____

Nato (**obbligatorio per ottenere gli ECM**) /a _____ il _____

Via _____ Città _____ CAP _____

Provincia _____

Psicoterapeuta Psicologo/a (*solo per questa figura sono previsti ECM*)

email (**obbligatorio per conferma iscrizione**) _____

Telefono _____ cell. _____

Codice Fiscale (**obbligatorio per fatturazione e ECM**) _____

P.IVA (**se posseduta**) _____

› Do il consenso al trattamento dei miei dati personali secondo la normativa vigente

Data _____ Firma _____