MODULO DI ISCRIZIONE

Attenzione: è necessario compilare in **stampatello** tutti i campi!

Il/La sottoscritto/a desidera iscrivermi al Master ABA 2027:

Nome _____

Cognome _____

Data e Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA _____

Indirizzo _____ N° _____

Città _____ Prov _____ CAP _____

Telefono _____

Email _____

Professione _____

Per fatturazione indicare l'indirizzo email certificato PEC oppure il proprio codice SDI _____

Campo obbligatorio per gli Psicologi iscritti all'Albo degli Psicologi:

Numero di iscrizione all'Albo _____

Regione _____

Richiede riconoscimento crediti ECM? _____

Nota bene: per ottenere l'accreditamento ECM è necessario partecipare al 90% delle lezioni

Il sottoscritto (Nome e Cognome) _____

dichiara di dare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs 196/2003.

Data _____ Firma _____