SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso base "Valutazione e trattamento dell'adulto con disturbi neurologici - Concetto Bobath"

SEDE DEL CORSO:	**DATE:**
Casa di Cura Eremo di Arco Srl Via XXI Aprile, 1 38062 ARCO (TN) Cf: 01104940224 – PI: 00681710224	- 27-31 ottobre 2025 - 9-13 dicembre 2025 - 2-6 marzo 2026
DOCENTI: Dott.ssa Alba Magri Dott.ssa Monica Morelli	**COSTO DI ISCRIZIONE:** € 1.800,00 (marca da bollo inclusa esente IVA ex art. 10, n. 20, D.P.R. 633/72)

DATI PARTECIPANTE

Cognome e Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Partita Iva (se applicabile): _____

Codice SDI (se applicabile): _____

Indirizzo di residenza: _____

Città: _____

CAP: _____

Email: _____

Telefono: _____

Professione: (☐ Fisioterapista ☐ Terapista Occupazionale):

Numero di iscrizione Albo: _____

Azienda/Ente di appartenenza (se applicabile): _____

NB: se è richiesta fattura all'ente di appartenenza, è necessaria richiesta scritta da parte dell'ente.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Inviare la presente scheda compilata via email a: info@eremoarco.it

A seguito dell'accettazione, riceverà una email di conferma iscrizione.

Il pagamento va effettuato entro 7 giorni dalla ricezione della conferma.

DATI PER IL BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT22V0801634310000000119121
Banca: CASSA RURALE ALTOGARDA - ROVERETO
Intestazione: Casa di Cura Eremo di Arco Srl
Causale: Iscrizione Corso Bobath – Nome Cognome del partecipante

📌 La partecipazione al corso dà diritto a 50 crediti ECM
📌 Il corso è accreditato con Codice Provider ECM: 21

Firma del partecipante: _____ Data: ___ / ___ / _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), autorizzo il trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse all'organizzazione e alla gestione del Corso base "Valutazione e trattamento dell'adulto con disturbi neurologici - Concetto Bobath".

Firma del partecipante: _____ Data: ___ / ___ / _____