ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOLOGIA ANALITICA	**SCHEDA ISCRIZIONE**	**Mod. SI 7.5b** **Rev.0 28/06/2013** **Pag.** 1 di 1



SOGNI: UN PERCORSO TRA CLINICA E RICERCA
Master/Corso biennale di Alta Formazione

13 febbraio – 13 novembre 2027
AIPA, Via Antonio Musa 15 – Roma

N.B.: Si prega cortesemente di compilare la presente scheda in maniera leggibile e in stampatello: eventuali errori nel codice fiscale non consentiranno l'assegnazione dei crediti né l'emissione della fattura elettronica (obbligatoria per l'AIPA). Chi non fosse in possesso di casella pec o codice destinatario, è pregato di barrare comunque lo spazio apposito.

Cognome e Nome……

Luogo di nascita…… Data di nascita……..

Codice Fiscale……

Partita Iva……

Laurea…… Specializzazione……..

Lavoro dipendente ☐ Libero professionista ☐

Reclutamento* discente: SI ☐ da quale azienda …….. NO ☐

Indirizzo……..

C.A.P…… Città …… Tel……

e-mail…… Iscrizione albo n……

Indirizzo Pec/codice destinatario……

IBAN: IT 07 R 01005 03203 0000 0000 3296 su BNL – AG. 3 - ROMA

**secondo l'art. 80 dell'Accordo Stato-Regioni si definisce "reclutato" il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.*

Consenso:

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza il Comitato Organizzativo del Congresso ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy (art. 13 Regolamento UE 2016/679) per dare esecuzione alla richiesta di assegnazione dei crediti formativi ECM e per le successive comunicazioni al Ministero della Salute.

Data…… Firma……