



## Scheda di Iscrizione Corso FT 2024

### “VALUTAZIONE E TRATTAMENTO RIABILITATIVO DEL RACHIDE CERVICALE E DELL'ARTO SUPERIORE”

BOLOGNA: 28/29 settembre 2024 – 12/13 ottobre 2024

Residence CAVAZZA – Via Arienti, 8 – 40124 Bologna - ☎ 333 6725864 - e-mail: [info@residencecavazza.it](mailto:info@residencecavazza.it)

NOME \_\_\_\_\_; COGNOME \_\_\_\_\_; DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; CITTA' DI RESIDENZA \_\_\_\_\_; Prov(\_\_\_\_);  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_; CITTA' DI NASCITA \_\_\_\_\_; Prov(\_\_\_\_); e-mail: \_\_\_\_\_;  
Telefono Cellulare: +39 \_\_\_\_\_.  
Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\*lavoratore autonomo o Azienda erogatrice del pagamento: Partita iva:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME ATTIVITA'/AMBULATORIO: \_\_\_\_\_; Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_; CITTA' \_\_\_\_\_ Prov(\_\_\_\_);

FNOFI Fisioterapisti Collegio di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ OPPURE FNO TSRM-PSTRP Elenco Speciale ad Esaurimento Mft Collegio di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.  
FT non vedente o ipovedente \_\_ € 340,00 – FT vedente (**max 4**) \_\_ € 560,00 – Massoft. Non vedente o ipo \_\_ € 340,00 (**solo Iscritti Elenchi Speciali**)

CANALI DI PAGAMENTO – IBAN Bancario UniCredit: IT 35 J 02008 05181 000400164414 - BIC/SWIFT: UNCRITM1B44 ; IBAN Poste Italiane IT 15 H 07601 03200 000034340000 - BIC/SWIFT: BPPIITRRXXX ; Canale Elettronico PayPal: [pagementipaypal@irifor.eu](mailto:pagementipaypal@irifor.eu)

**CAUSALE:** Corso FT 2024 – rata unica / Rateizzata in due: **Corso FT 2024 – Prima Rata** (entro il 31/05/24), **Corso 2024 – Seconda Rata** (entro il 05/09/24)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(COPIA DEL BONIFICO E LA SCHEDA SONO DA INVIARE A [collo.mano24@irifor.eu](mailto:collo.mano24@irifor.eu))

Le informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell'ambito di ECM (Educazione Continua Medicina) e per future informazioni di carattere istituzionale e formativo del Provider e IRIFOR Sede Centrale , ai sensi dell'ex art. 13 Reg UE 2016/679 a tutela della privacy. Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_