



Scheda di Iscrizione Corso FT 2025

“Valutazione e Trattamento delle Disfunzioni Temporo-Mandibolari (ATM) e Relazioni tra Apparato Stomatognatico e Respiratorio (DTM) in Fisioterapia”

BOLOGNA: 20/21 settembre 2025 -11/12 ottobre 2025

Residence CAVAZZA – Via Arienti, 8 – 40124 Bologna - ☎ 333 6725864 - e-mail: 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 (AMBULATORIO) o Azienda erogatrice del pagamento: _____, Via _____.

CAP _____, Città _____, Prov. (____). Partita iva: _____;

FNOFI Fisioterapisti Collegio di _____ n. _____

FT non vedente o ipovedente € 420,00 ____ – FT vedente (**max 4**) ____ € 700,00 – **laureandi non vedenti e ipovedenti UNIFI** € 50,00 ____

PAGAMENTO*: SOLO DOPO IL RAGGIUNGIMENTO DEL NUMERO MINIMO DI 18 (diciotto) SARANNO INVIATE VIA E-MAIL ALL'INTERESSATO/A LE COORDINATE DI PAGAMENTO DA EFFETTUARSI ENTRO 10 (dieci) GIORNI, IN UNICA SOLUZIONE, DAL RICEVIMENTO DELLA STESSA E-MAIL ACCOMPAGNATA DA COPIA DEL BONIFICO EFFETTUATO, PENA L'ESCLUSIONE - CAUSALE: Corso FT 2025

(con la presente mi impegno a rispettare le procedure dettate dagli organizzatori del Corso)

_____, ____/____/____

Firma _____

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 _____