Irecoop Veneto
Istituto Regionale per l'Educazione e Studi Cooperativi

SCHEDA DI ISCRIZIONE INDIVIDUALE

DA INVIARE ENTRO IL 8/05/2015 ALLA
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA **S.I.T.O.**
VICENZA2015.SITO@TERAPIAOCCUPAZIONALE.IT

Convegno – Vicenza 16/05/2015

"IL TERAPISTA OCCUPAZIONALE NEI SETTING TERRITORIALI: ESPERIENZE CONCRETE, PROSPETTIVE E METODI DI LAVORO

Il sottoscritto:
COGNOME E NOME ……SESSO (M/F) .....
LUOGO E DATA DI NASCITA…….. CODICE FISCALE ……..
INDIRIZZO…… CAP…… COMUNE…… PROV. ……
TEL. ..... CELL. ..... E-MAIL .....

PROFILO PROFESSIONALE:

TITOLO DI STUDIO .....
PROFESSIONE……DISCIPLINA……
EVENTUALE ORDINE/COLLEGIO DI ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE ……
DELLA PROVINCIA DI……

PROFILO LAVORATIVO ATTUALE : ☐ dipendente SSN ☐ convezionato SSN ☐ libero prof. in ambito sanitario ☐ altro ……..
AZIENDA DI APPARTENENZA .....
SETTORE ..... SEDE .....
TEL. ..... FAX ..... E-MAIL .....
CODICE FISCALE ..... P.IVA .....

SOCI AITO / SITO	NON SOCI AITO / SITO	STUDENTI SOCI AITO / SITO	STUDENTI NON SOCI AITO E SITO	FIGURE SENZA ACCREDITAMENTO ECM (FAMILIARI, OSS, ASA)
€ 40,00 (ESENTE IVA)	€ 60,00 (IVA INCLUSA)	€ 10,00 (ESENTE IVA)	€ 20,00 (IVA INCLUSA)	€ 20,00 (IVA INCLUSA)

LA FATTURA VA INTESTATA A: ☐ azienda di appartenenza ☐ partecipante

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE:

FATTURA INTESTATA A:……..
P.IVA…… CODICE FISCALE……
INDIRIZZO .....N. .....
CAP .....COMUNE …… PROV……E-MAIL .....……

Con la presente scheda di adesione si accettano tutte le condizioni contrattuali riportate nella allegata locandina alla quale si fa espressamente riferimento.

Condizioni di pagamento

La quota socio è diritto esclusivo dei soci AITO/SITO (è nominale); le strutture che richiedono la fatturazione per i loro dipendenti pagano la quota da non socio anche se il dipendente è socio.

La scheda d'iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, **dovrà pervenire via mail alla Segreteria Organizzativa entro l' 08 maggio 2015.** In caso di non raggiungimento del numero minimo di partecipanti entro il 08.05.2015, la quota d'iscrizione verrà rimborsata per intero: si prega di compilare in maniera completa i riferimenti IBAN:

SITO - Società Italiana di Terapia Occupazionale
BANCA PROSSIMA S.P.A. Filiale 05000 - Piazza Paolo Ferrari, 10, 20121 Milano
IBAN IT 78 H 03359 01600 100000014592

timbro e firma del legale rappresentante
_____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI: IL SOTTOSCRITTO, FIRMATARIO DELLA PRESENTE, DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE COMPLETA DELL'ALLEGATA INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS N. 196/2003 ED ESPRIME IL CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI PROPRI DATI NEI LIMITI E PER LE FINALITÀ ISTITUZIONALI, CONNESSE O STRUMENTALI ALL'ATTIVITÀ DI IRECOOP VENETO.

timbro e firma del legale rappresentante
_____