

**23 e 24 Settembre 2017**  
**Seminario di formazione - La persona oltre la cura**

<b>Professionisti area sanitaria ecm</b>	<input type="checkbox"/>	<b>€ 180,00</b>	IVA COMPRESA
<b>Altri professionisti e collaboratori Niguarda</b>	<input type="checkbox"/>	<b>€ 140,00</b>	IVA COMPRESA
<b>Studenti</b>	<input type="checkbox"/>	<b>€ 60,00</b>	IVA COMPRESA

**DATI ANAGRAFICI**

COGNOME				NOME			
Nato a				Prov.	il		
Residente a				Prov.	CAP		
Via				n.			
Codice Fiscale							
Professione							
Partita IVA							
E-mail				Telefono			

<b>Desidero partecipare al workshop</b>	Arteterapia	<input type="checkbox"/>	Pet Therapy	<input type="checkbox"/>
	Musica di Insieme	<input type="checkbox"/>	Teatro sociale	<input type="checkbox"/>

<b>RICHIEDO</b>	crediti ecm	<input type="checkbox"/>	attestato di partecipazione	<input type="checkbox"/>
-----------------	-------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

DOMICILIAZIONE PAGAMENTO Spazio Vita Niguarda Società Cooperativa Sociale Onlus  
ISTITUTO DI CREDITO Credito Valtellinese IBAN IT74B0521632620000000012183  
CAUSALE Iscrizione seminario La persona oltre la cura  
INVIARE IL MODULO A segreteria@spaziovitaniguarda.com

**Come è venuto a conoscenza del seminario?** .....

Con la sottoscrizione del presente modulo, il partecipante dichiara di esprimere - ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 - il consenso al trattamento dei dati personali.

FIRMA .....

Per rimanere aggiornato sulle nostre iniziative è possibile iscriversi alla nostra newsletter.

Dichiaro di aver letto l'informativa ex art.13, D.Lgs. 196/2003, inerente il trattamento dei dati personali (consultabile sul sito [www.spaziovitaniguarda.it](http://www.spaziovitaniguarda.it))

Esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali per l'invio della Newsletter dell'Associazione

FIRMA .....

Luogo .....

Data .....