**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**“PNL per l’igienista dentale”**

**Scuola Superiore Provinciale di Sanità Claudiana -Bolzano**

**2 Febbraio 2019**

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. (obbligatorio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P. IVA (obbligatoria se esistente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUOTA DI ISCRIZIONE AL CORSO (iva inclusa 22%) max 50 POSTI**

◻ **SOCI AIDI: €. 45,00**

◻ **NON SOCI AIDI €. 70,00**

◻ **STUDENTI SOCI AIDI: GRATUITO PER MAX 10 POSTI**

L’evento è in fase di accreditamento ECM.

Prima di effettuare il pagamento verificare la disponibilità dei posti.

Inviare la scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte **con allegata copia del bonifico** al seguente recapito:aiditrentinoaltoadige@gmail.com

Il versamento va effettuato tramite bonifico bancario intestato a:

**Associazione Igienisti Dentali Italiani**

Banca Sella Agenzia 4B BARI IBAN: IT 10 B 03268 04000 053847864740

Indicare come causale: Corso AIDI Bolzano 2 Febbraio 19 - + nome e cognome del partecipante.

Con riferimento al Art.13 D.Lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali si autorizza AIDI al trattamento dei dati personali anche sensibili per finalità strettamente funzionali alla gestione del rapporto.

◻acconsento ◻non acconsento

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**