Gruppo Italiano Vocologi Clinici

MODULO DI ISCRIZIONE DA COMPILARE E INOLTRARE A

segreteria@givoc.it

AUTOCERTIFICAZIONE
(art. 46 D.P.R. N. 445/2000)

Il Sottoscritto/a_____nato/a il____/_____/_____

a_____Prov. (____) e residente a_____Prov. (___)in

Via/Piazza_____N._____, C.A.P._____.

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

N. Telefono_____; email_____@_____.

Consapevole delle sanzioni penali per le dichiarazioni mendaci previste
dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000

CHIEDE IN QUALITA' DI:

☐ **Logopedista** ☐ **Medico Foniatra / Otorinolaringoiatra** ☐ **Socio FLI**

☐ **Studente Facoltà Medicina e Chirurgia o Logopedia: matricola N°** _____

Ateneo_____

☐ **SOCIO GIVoC (gratuito)** ☐ **NON SOCIO (pagamento)**

di essere iscritto al **Corso Monotematico a cura del GIVoC** dal titolo **"Vocologia clinica nelle disfonie infantili"** che si terrà il giorno **13 Maggio 2023** c/o Palazzo Corradini, via Mariani, 5 – 48121 Ravenna.

A tal fine, si allega copia della ricevuta del Bonifico Bancario pari a **€ 80,00 per Logopedisti e Medici,** pari a **€ 50,00 per Studenti e Soci FLI**, da effettuarsi a favore di: **Gruppo Givoc**, **IBAN:** IT50W0306909606100000179311 **Banca** INTESA SANPAOLO SPA.
Dichiara, altresì, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento peril quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma _____