



**CreAttivaMente Ostetriche** - Associazione di Promozione Sociale, Roma

✉ [creattivamenteostetriche@gmail.com](mailto:creattivamenteostetriche@gmail.com) ☎ 339 505 0697 - 349 6758971

[www.creattivamenteostetriche.it](http://www.creattivamenteostetriche.it)

## DOMANDA ISCRIZIONE

Inviare via email a [creattivamenteostetriche@gmail.com](mailto:creattivamenteostetriche@gmail.com)

**Titolo corso:** \_\_\_\_\_

**Data prevista:** \_\_\_\_\_

### DATI PERSONALI

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Luogo di nascita:</b>	<b>(Prov. )</b> <b>Data di nascita:</b>
<b>Stato</b> (se diverso da ITALIA)	<b>Genere:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>Via:</b>	
<b>Città:</b>	<b>(Prov. )</b> <b>CAP:</b>
<b>Tel:</b>	<b>Cell:</b> <b>Fax:</b>
<b>Posta elettronica</b> (scrivere in stampatello):	
<b>Codice Fiscale</b> (nei corsi in cui sono previsti ECM):	

### DATI PROFESSIONALI

<b>Titolo di Studio</b> (se laurea specificare quale):		
<b>Profilo sanitario ECM:</b>		
<b>Ente di appartenenza:</b>		
<b>Via:</b>		
<b>Città:</b>	<b>(Prov. )</b>	<b>CAP:</b>
<b>Regione:</b>	<b>Tel:</b>	<b>Fax:</b>

NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria per le future comunicazioni

La quota d'iscrizione deve essere versata nei termini previsti sul conto corrente UNICREDIT, Agenzia 17004 Roma Non Profit, IBAN IT42R0200803284000102659834, intestato a CreAttivaMente Ostetriche.

Firma.....

Data.....

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:** La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini amministrativi concernenti il rapporto di collaborazione di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'art. 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. Si informa inoltre che il titolare del trattamento di Creattivamente Ostetriche.

Firma.....

Data.....

### Per i corsi sulle competenze avanzate per il sostegno all'allattamento:

Ha già partecipato a una formazione sull'allattamento al seno?     Sì     No

Specificare tipo, durata (ore) e anno: