MOD.AAP.19: "Scheda del partecipante"

TITOLO INIZIATIVA, 7 maggio 2026 presso La Sala delle Colonne – Ospedale Misericordia e Dolce Prato

CORSO DI FORMAZIONE
L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO FRA DIRITTO E BUONE PRASSI (rivolto a Avvocati, Notai, Commercialisti o equipollenti delle province di Firenze, Prato e Pistoia, iscritti agli Elenchi di Amministratore di Sostegno)

Cognome: _____	Nome: _____	sesso: [ ] M [ ] F
Data di nascita: ___/____/_____	Luogo di nascita: _____	Prov.: _____
Codice fiscale: ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐		
Comune residenza: _____ CAP: _____		Prov.: _____
Indirizzo: _____		n. _____
Comune domicilio (se diverso dalla residenza): _____ CAP: _____		Prov.: _____
Indirizzo: _____		n. _____
Mail (obbligatoria): _____		
Tel. _____	Cell. _____	

Libero Professionista/ Dipendente (**barrare un'opzione**):

□ Libero Professionista □ Dipendente

□ Convenzionato □ Privo di occupazione

Professione (Profilo/Qualifica): _____	Disciplina/specializzazione (se prevista dal profilo): _____

Azienda di appartenenza: _____

Struttura: _____

Indirizzo servizio: _____

Telefono/Mail: _____

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e smi "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) il trattamento dei dati raccolti sarà effettuato solo per il fine per cui sono stati richiesti. Tale trattamento verrà eseguito adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

Data e firma per accettazione

_____