**“Valutazione e Trattamento delle Disfunzioni Temporo-Mandibolari (ATM) e Relazioni tra Apparato Stomatognatico e Respiratorio (DTM) in Fisioterapia”**

BOLOGNA: 20/21 settembre 2025 -11/12 ottobre 2025

Residence CAVAZZA – Via Arienti, 8 – 40124 Bologna - Telefono vivavoce 333 6725864 - e-mail: [info@residencecavazza.it](mailto:info@residencecavazza.it)

NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; DATA DI NASCITA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_; CITTA’ DI RESIDENZA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Prov. (\_\_\_);

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_; CITTA’ DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Prov. (\_\_\_\_\_); e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Telefono Cellulare: +39 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. - Codice Fiscale: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_;

\*lavoratore autonomo (AMBULATORIO) o Azienda erogatrice del pagamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

CAP\_\_\_\_\_\_\_, Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. (\_\_\_\_\_). Partita iva: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_;

FNOFI Fisioterapisti Collegio di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FT non vedente o ipovedente € 420,00\_\_\_\_ – FT vedente (**max 4**) \_\_\_\_\_ € 700,00 – **laureandi non vedenti e ipovedenti UNIFI** € 50,00\_\_\_\_\_

PAGAMENTO\*: **SOLO DOPO IL RAGGIUNGIMENTO DEL NUMERO MINIMO DI 18 (diciotto) SARANNO INVIATE VIA E-MAIL ALL’INTERESSATO/A LE COORDINATE DI PAGAMENTO DA EFFETTUARSI ENTRO 10 (dieci) GIORNI, IN UNICA SOLUZIONE, DAL RICEVIMENTO DELLA STESSA E-MAIL ACCOMPAGNATA DA COPIA DEL BONIFICO EFFETTUATO, PENA L’ESCLUSIONE - *CAUSALE****:* **Corso FT 2025**

**(con la presente mi impegno a rispettare le procedure dettate dagli organizzatori del Corso)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vs. partecipazione al ministero della sanità nell’ambito di ECM (Educazione Continua Medicina) e per future informazioni di carattere istituzionale e formativo del Provider e IRIFOR Sede Centrale, ai sensi dell’ex art. 13 Reg UE 2016/679 a tutela della privacy. Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarVi di eventuali cambiamenti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_