

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
**CORSO TEORICO E PRATICO SULLA**  
**Stimolazione elettrica transcranica**  
**(tDCS, tACS, tRNS)**

**25 – 26 Settembre 2014 - IRCCS Centro San Giovanni di Dio, Fatebenefratelli – Brescia**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/19\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Area di ricerca: \_\_\_\_\_

Ente di Appartenenza: \_\_\_\_\_

Indirizzo: [ ] Lavoro [ ] Privato

Via/P.zza: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**Quota di iscrizione:**

[ ] 180 € [ ] 160 € socio SIPF

Con la presente si autorizza l'IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge n.675/96.

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

Si prega di restituire via e-mail la presente scheda compilata, insieme alla ricevuta di pagamento, al seguente indirizzo: [corso2014@cognitiveneuroscience.it](mailto:corso2014@cognitiveneuroscience.it)

Se si desidera avere la ricevuta del pagamento compilare i seguenti campi:

Intestazione: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Partita Iva: \_\_\_\_\_

**N.B. Una volta emessa fattura, i dati inseriti non potranno più essere modificati**

In caso di rinuncia il partecipante dovrà inviare comunicazione scritta alla segreteria organizzativa ed in caso di pagamento già avvenuto non è previsto alcun rimborso ma solo la sostituzione con un altro partecipante.