



Corso di Aggiornamento accreditato ECM

“Il lavoro di salute mentale: operatori, competenze, stato dei servizi.”

Roma, 1-2 dicembre 2016.

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO ECM

la scheda può essere compilata telematicamente al link:
<https://goo.gl/forms/F9M226aFJAxvHrYP2>

Il/La Sottoscritto/a		
Nato/a a	Prov.	il
Codice Fiscale		
Residente in	Prov.	CAP
Indirizzo		
Tel.	Cell.	
FAX	E-Mail:	
Sede di Lavoro		
<i>Qualifica</i>		
(segnare con una X la posizione corrispondente)	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Farmacista	<input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Assistente sociale. <input type="checkbox"/> Tecnico riabilitazione psichiatrica
Altre figure (specificare)		
<i>Posizione lavorativa per la quale si partecipa al corso</i>		
(segnare con una X la posizione corrispondente)	<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input type="checkbox"/> Convenzionato S.S.N. <input type="checkbox"/> Altra condizione

CHIEDE DI ISCRIVERSI AL CORSO ECM CITATO IN TITOLO

Quota di Partecipazione

La quota di partecipazione (Medici, psicologi e farmacisti = **50,00** euro; Altre figure = **20,00** euro) va versata entro il **20 novembre 2016** tramite **BONIFICO BANCARIO** intestato a

- Associazione Società Italiana di Psichiatria Democratica o.n.l.u.s.
- via Stendhal 33, 80133 Napoli
- conto corrente c/o Banca Prossima, codice IBAN **IT86 J033 5901 6001 0000 0110 234**.

L'iscrizione sarà valida dopo la ricezione del bonifico della quale verrà data immediata comunicazione scritta a mezzo mail o fax.

Modalità di partecipazione

L'accettazione dell'iscrizione è tacita, salvo differente comunicazione dovuta ad

esaurimento dei posti disponibili.

L'ordine di arrivo delle Schede di Iscrizione complete di bonifico dà precedenza sul riempimento dei posti previsti e dà diritto di precedenza nella scelta dei gruppi di lavoro cui partecipare.

La sostituzione del partecipante iscritto è consentita previa richiesta scritta del partecipante stesso.

La disdetta oltre il termine del 20 Novembre o la mancata partecipazione al Corso per il quale è stata effettuata regolare iscrizione non dà diritto alla restituzione della quota già pagata.

In caso di annullamento dell'evento da parte dell'ente organizzatore, la quota di adesione verrà rimborsata al 100%.

Il Firmatario dichiara di aver preso visione delle informazioni e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di partecipazione e le rinunce e le sostituzioni.

Dati per la Fatturazione (Obbligatori)

Fattura Intestata a:
P.IVA Codice Fiscale
Indirizzo: (via, CAP Città Provincia)
E-Mail:

La presente scheda di iscrizione debitamente firmata e compilata in ogni sua parte, in stampatello leggibile, dovrà essere inviata con copia scanner all'indirizzo mail pd.formazione@gmail.com

DATA

Firma del Corsista (Con responsabilità sulla correttezza dei dati)

CONTATTI

Ilario Volpi (349.7897808)
Cristiano Di Francia (327.2373627) Anna Camposeo (329.1713960)
mail: pd.formazione@gmail.com

INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.LGS 196/2003):

L'iscrizione al corso prevede l'accettazione del trattamento dei dati in base al dlgs 196/03; i dati saranno utilizzati solo ed esclusivamente per l'inserimento nel sistema di educazione continua in medicina. Il rifiuto al trattamento dei dati non permette l'iscrizione all'evento.

DATA _____ FIRMA PER ACCETTAZIONE _____

Con la sottoscrizione della presente l'interessato fornisce il consenso all'invio di comunicazioni commerciali ai sensi dell'art. 130 n.1 (d.lgs n. 196/03) per la pubblicizzazione di future iniziative di formazione.

DATA _____ FIRMA PER ACCETTAZIONE _____