



Corso di Aggiornamento accreditato ECM

## “La crisi e il trattamento della grave sofferenza mentale”

Roma, 26-27 settembre 2013

### SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO ECM

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 = 130,00 euro; Altre figure = 80,00 euro) va versata entro il 9 settembre tramite BONIFICO BANCARIO intestato a

- Associazione Società Italiana di Psichiatria Democratica o.n.l.u.s.
- via Canonico Stornaiuolo 32, 80144 Napoli
- conto corrente c/o Banco di Napoli, codice IBAN IT42N0101003412000027006238.

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 9 settembre 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

I

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](mailto:pd.formazione@gmail.com)

DATA

Firma del Corsista (Con responsabilità sulla correttezza dei dati)

---

#### **CONTATTI**

Ilario Volpi (349.7897808) Alessandro Ricci (349.5450992)  
Cristiano Di Francia (327.2373627) Anna Camposeo (329.1713960)  
mail: [pd.formazione@gmail.com](mailto: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\_\_\_\_\_