



Corso di Aggiornamento accreditato ECM

**“La terapia del quotidiano. Trattamenti complessi
nella salute mentale”**

Roma, 6 e 7 dicembre 2018

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO ECM

la scheda può essere compilata telematicamente al link:
<https://goo.gl/forms/7X3KeFhfU8tq2HfM2>

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 riabilita- zione 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 = **80,00** euro; Altre figure = **40,00** euro) va versata entro il **25 novembre 2018** tramite **BONIFICO BANCARIO** intestato a:

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

L'iscrizione sarà valida solo dopo la ricezione del bonifico da parte della segreteria in cui ci sia un chiaro riferimento al nome del partecipante.

La validazione dell'iscrizione sarà comunicata a mezzo e-mail o fax.

Modalità di partecipazione

L'ordine di arrivo delle Schede di Iscrizione complete di bonifico dà precedenza sul riempimento dei posti previsti. La sostituzione di un iscritto al corso è consentita previa richiesta scritta del partecipante stesso.

La disdetta della partecipazione oltre il termine del 30 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%.

Si ricorda a tutti i partecipanti che la fatturazione è obbligatoria per cui è richiesta la compilazione dei relativi dati.

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, le rinunce e le sostituzioni.

Dati per la Fatturazione (Obbligatori)

Fattura Intestata a:
P.IVA / Codice Fiscale:
Indirizzo (Via, CAP, Città, Provincia):

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)
Domenico Rizzo (06.5800324) - Anna Camposeo (329.1713960)
email: 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 _____