



Modulo di iscrizione

Corso di Alta Formazione

WISC-IV

E PSICODIAGNOSTICA DEI DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)

45,2 ECM

Quota € _____

Il presente tagliando vale solo come prenotazione. L'iscrizione al corso verrà confermata dalla segreteria dopo il riscontro del versamento della quota a mezzo bonifico bancario. L'ordine di arrivo del bonifico e non della presente vale come priorità d'accesso.

Nome	Cognome
Qualifica	Codice Fiscale e / o P. I.V.A.
Luogo di nascita	Data di nascita
Indirizzo completo	
Telefono cellulare	E-Mail
Sede di lavoro	Numero registrazione ordine professionale

INFORMATIVA DEL PROVIDER

Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM, in base al Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per l'istituzionalizzazione in Italia della E.C.M.) è necessaria la presenza effettiva del 100% rispetto alla durata complessiva dell'evento formativo residenziale da parte degli Operatori Sanitari iscritti e partecipanti a ciascun evento. Pertanto, si rende noto ai Sig. ri Partecipanti ai Corsi ECM che in caso di assenza, anche breve e dipendente da cause di forza maggiore, non sarà possibile rilasciare l'attestato con riconoscimento dei crediti ECM, ma, considerato il venir meno del presupposto della presenza effettiva al 100%, verrà rilasciato al partecipante un attestato di sola partecipazione al Corso ECM.

In caso di rinuncia al corso, poiché il bonifico è considerato conferma della prenotazione:

fino a 21 giorni prima della data di inizio del corso il rimborso sarà totale detratte le spese di segreteria e bancarie; fino a 7 giorni prima la data d'inizio del corso comporterà la perdita del 30% della quota; oltre tale termine, invece, ci sarà la perdita della totalità dell'importo. E' possibile provvedere a un'"autosostituzione".

Firma per accettazione _____

Bonifico bancario intestato a: ARIEE-APS c/o Unicredit Banca

IBAN: IT46M0200805165000010724200

Causale obbligatoria: nome, cognome, "corso alta formazione WISC-IV".

Inviare copia sia del bonifico effettuato che della scheda di iscrizione tramite mail a: info@arief.it

Ai sensi del D. Lgs. 196/03, letta l'informativa sul sito dell'ARIEE, acconsento al trattamento dei miei dati personali al fine di usufruire dei servizi offerti dall'Associazione (Attenzione: se non si acconsente non sarà possibile dare esecuzione ai servizi offerti.)

Acconsento (si/no) ____

Acconsento al trattamento dei miei dati personali per dare esecuzione al servizio di Newsletter, cioè per ricevere informazioni relative ad aggiornamenti, eventi, seminari, workshop, e altre iniziative da parte dell'Associazione.

Acconsento(si/no) ____

Data _____

Firma _____