

**CENTRALITA' DELL'ANZIANO FRAGILE NEI PROCESSI ASSISTENZIALI.
DOMICILIARITA' E RESIDENZIALITA': MODELLI DISTINTI O COMPLEMENTARI?**

(ID 3879-173438 Ed. 1)

27 OTTOBRE 2016 - RSA VILLA PRIMULE – Via delle Primule, 7 - Torino

SCHEDA DI ISCRIZIONE (da restituire compilata in tutte le sue parti)

COGNOME _____ NOME _____
NATO/A A _____ IL _____
COD. FISCALE _____ P.IVA _____
INDIRIZZO _____ CITTÀ _____ CAP _____ PROV _____
TELEFONO _____ E-MAIL _____
AZIENDA DI APPARTENENZA _____
SOCIO PUNTO SERVICE: SI NO
SERVIZIO/STRUTTURA DI APPARTENENZA _____
PROFILO PROFESSIONALE _____
NUMERO ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE _____ SPECIALIZZAZIONE (solo per i medici) _____
PROFESSIONE CON DIRITTO AI CREDITI: SI NO
N° CREDITI ACQUISITI 2013 _____ 2014 _____ 2015 _____ 2016 _____

CHIEDE

di partecipare al corso accreditato E.C.M. "Centralità dell'anziano fragile nei processi assistenziali. Domiciliarità e residenzialità: modelli distinti o complementari?" c/o RSA VILLA PRIMULE – Via delle Primule, 7 - Torino

Il pagamento della quota di iscrizione di:

40 euro (iva esente)

viene effettuato da:

PARTECIPANTE: allegare copia del bonifico bancario (in caso contrario l'iscrizione non verrà accettata)

Beneficiario: Punto Service Coop. Soc. a r.l.

Codice IBAN: IT12A0306910000100000108950 – Intesa Sanpaolo, filiale di Vercelli

Causale: ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE ECM 27/10/2016 "COGNOME" e "NOME"

AZIENDA DI APPARTENENZA: allegare impegno di spesa dell'azienda

Dati da riportare in fattura (se diversi da quelli sopra indicati)

INTESTAZIONE _____

INDIRIZZO _____

P.IVA _____ COD. FISCALE _____

SI IMPEGNA

- A rispettare l'orario del corso
- A garantire la presenza al corso nella misura del 100% delle ore previste
- A sottoporsi alla valutazione di efficacia formativa e a compilare la 'scheda di valutazione evento residenziale' e il 'questionario di soddisfazione evento'

Verrà rilasciato l'attestato crediti ECM previo superamento della verifica di apprendimento nella misura del 75%

In caso di mancata partecipazione la quota di iscrizione non potrà essere rimborsata (salvo che l'evento venga annullato)

L'interessato, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 Dlgs 30/06/03 n.196 e successive modificazioni ed integrazioni, conferisce il proprio consenso al trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali che lo riguardano nei limiti delle finalità istituzionali nell'ambito dell'educazione formazione dei professionisti della Sanità dichiarando nel contempo di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall'art.7 del citato decreto legislativo. Contestualmente l'interessato dà il suo pieno ed incondizionato consenso ad essere ripreso tramite foto e/o video. Autorizza ogni forma di pubblicazione e di utilizzazione delle immagini di cui sopra da parte del Provider nel rispetto dell'art. 10 del codice civile e ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 96 e seguenti della L. 633/1941. Dichiaro inoltre di non avere nulla a pretendere per l'utilizzazione/pubblicazione delle suddette immagini. L'autorizzazione all'utilizzo del ritratto e/o della ripresa di cui sopra si intende concessa senza limiti temporali.

Data ____ / ____ / _____

Firma del richiedente _____