

ALZHEIMER: IDEE PER LA QUALITÀ DELLA VITA

19 MARZO 2015, Residenza Senior Residence - Torino

ID 3879-121299 Ed. 1

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.....
SERVIZIO/STRUTTURA DI APPARTENENZA.....
PROFILO PROFESSIONALE.....
NUMERO ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE.....
SPECIALIZZAZIONE (solo per i medici).....
N° CREDITI ACQUISITI • 2011:• 2012:• 2013:
 • 2014:• 2015:

chiede**di partecipare al corso accreditato E.C.M. "Alzheimer: idee per la qualità della vita" del 19 marzo 2015 presso la Residenza Senior Residence - Via Servais 80, Torino**Il pagamento della quota di iscrizione di **30 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 19/03/2015 "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
- Ad effettuare la valutazione dell'apprendimento

Verrà rilasciato l'attestato crediti ECM previo superamento della valutazione finale nella misura del 75% delle risposte esatte.

In caso di mancata partecipazione la quota di iscrizione non potrà essere rimborsata.

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.

Data.....

Firma del richiedente