

## INVECCHIAMENTO, MALATTIA, DIPENDENZA SOLITUDINE:

“La difficile arte di convivere con queste con queste realtà, imparando ad integrarle positivamente con la propria esperienza personale e professionale nella tutela di tutti gli attori coinvolti.”

Punto Service Provider Regione Piemonte 341- 34614

24 Ottobre 2019 – RSA Villa Primule - Via Delle Primule, 7 - Torino (TO)

### SCHEDA DI ISCRIZIONE (DA RESTITUIRE COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

SESSO: F  M  NATO/AA \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

COD. FISCALE \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

AZIENDA DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

SOCIO PUNTO SERVICE O APPARTENENZA A UNA SOCIETÀ DEL GRUPPO \_\_\_\_\_

SERVIZIO/STRUTTURA DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

NUMERO ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_ SPECIALIZZAZIONE (SOLO PERI MEDICI) \_\_\_\_\_

PROFESSIONE CON DIRITTO AI CREDITI ECM SI  NO

EFFETTUATA ISCRIZIONE ON LINE SUL SITO DELLA REGIONE PIEMONTE SI (allegare copia iscrizione)  NO

### CHIEDE

di partecipare al corso accreditato E.C.M. “Invecchiamento, malattia, dipendenza, solitudine: la difficile arte di convivere con questa realtà, imparando ad integrarle positivamente con la propria esperienza personale e professionale nella tutela di tutti gli attori coinvolti”

c/o RSA Villa Primule, via Delle Primule, 7 -Torino (TO)

Il pagamento della quota di iscrizione di:

- 40 euro (iva esente)
- gratuito per i partecipanti interni al gruppo Punto Service

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 24/10/2019 “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 90% delle ore previste
- A sottoporsi alla valutazione di apprendimento (quando richiesta) e a compilare la scheda di valutazione docente e quella di valutazione corso

Al termine del corso verrà rilasciato a tutti i partecipanti un attestato di partecipazione.

Verrà rilasciato l'attestato definitivo di superamento della prova finale (a tutte le figure professionali con e senza crediti), con rilascio crediti ECM per chi ne ha diritto e senza crediti per le altre figure, previo superamento della verifica di apprendimento.

L'attestato di cui sopra sarà disponibile, entro 60 giorni dalla chiusura del corso (per coloro che hanno effettuato la registrazione e l'iscrizione sul portale <https://www.formazione-sanitapiemonte.it> l'attestato sarà scaricabile direttamente dal sito sulla propria area personale; per coloro che invece non si sono iscritti on-line, entro gli stessi termini, il Provider provvederà all'invio tramite posta elettronica).

**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 D.lgs. 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. Dichiara 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 \_\_\_\_\_

**Per informazioni, suggerimenti e segnalazioni rivolgersi alla Segreteria Organizzativa del Provider:**

Punto Service Coop. Soc. a r. l. Via Vercelli 23/a 13030 Caresanablot (VC)

Tel. 0161 23 4800 | Fax 0161 23 48 26 | email: [formazione.ecm@puntoservice.org](mailto:formazione.ecm@puntoservice.org) - [tania.simonelli@puntoservice.org](mailto:tania.simonelli@puntoservice.org)