

SAPER FACILITARE LE RELAZIONI E I VISSUTI DELLE PERSONE IN DIFFICOLTÀ, UTILIZZANDO GLI STRUMENTI DELLA CONDIVISIONE E DEL MUTUO SOSTEGNO NEL GRUPPO.

TECNICHE, COMPETENZE E LABORATORIO ESPERIENZIALE

Punto Service Provider Regione Piemonte 341 - 35363

16 DICEMBRE 2019 - Vercelli Fiere - Strada Vecchia per Olcenengo, 10 - 13030 Caresanablot (VC)

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

COGNOME _____ NOME _____

SESSO: F M NATO/A A _____ 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 PER I 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. "Saper facilitare le relazioni e i vissuti delle persone in difficoltà. utilizzando gli strumenti della condivisione e del mutuo sostegno nel gruppo. Tecniche, competenze e laboratorio esperienziale." c/o Vercelli Fiere, Strada Vecchia per Olcenengo, 10 - 13030 Caresanablot (VC)

Il pagamento della quota di iscrizione di:

- 40 euro (iva esente)
- gratuito per i partecipanti interni a 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 16/12/2019 "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, nonché del Regolamento (UE) 2016/679 presta il proprio consenso al trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali che lo riguardano nei limiti delle finalità istituzionali connesse alla educazione e formazione dei professionisti della Sanità dichiarando nel contempo di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall'art.7 del citato decreto legislativo e del Regolamento citato.

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 - tania.simonelli@puntoservice.org