



**TITOLO CORSO: LA CURA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA**

**Luogo di svolgimento: Istituto Camillianum, Largo O. Respighi 6**

**DATA: 20/06/2015-27/06/2015- 04/07/2015**

HO PARTECIPATO PRECEDENTEMENTE AI CORSI ECM FORM-AUPI  SI  
 NO

- Il numero dei partecipanti è limitato.
- Le iscrizioni saranno accettate seguendo l'ordine cronologico di arrivo delle domande.
- Le iscrizioni si intendono perfezionate al ricevimento della scheda di iscrizione e della ricevuta dell'avvenuto pagamento che dovranno pervenire per fax al n°06/68803822, almeno dieci giorni prima della data di inizio del corso. Si prega di chiedere conferma dell'arrivo del fax al n. 06/6867536.
- Il corso sarà effettuato solo ed esclusivamente al raggiungimento del numero minimo previsto di iscritti..Form-AUPI si riserva di modificare sede, giorno e calendario dei lavori qualora dovessero verificarsi degli imprevisti.
- Agli iscritti verrà comunicata la conferma dell'iscrizione raggiunto il numero minimo previsto ed inviato il programma dettagliato del corso.
- Il corso sarà effettuato solo ed esclusivamente a raggiungimento del numero minimo di iscritti pari al 75% del numero massimo dei partecipanti previsti per il corso.
- I dati personali inviati saranno utilizzati a questo fine, ai fini di ricerca, elaborazione statistica e non utilizzabile da terzi.  
La cancellazione degli stessi può essere richiesta ai sensi della legge sulla privacy.  
Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 autorizzo alla pubblicazione dei miei dati personali nell'applicazione ECM

Cognome\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_

Data di nascita\* \_\_\_\_\_ Luogo di nascita\* \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Email\* \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza\* \_\_\_\_\_ Città\* \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel/casa \_\_\_\_\_ Tel/lavoro \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Titolo di studio\* Diploma \_\_\_\_\_ Laurea \_\_\_\_\_

Abilitazione professionale\* SI  NO

Iscrizione ordine\* SI  NO  Numero Iscrizione \_\_\_\_\_ Regione\* \_\_\_\_\_

Professione\* \_\_\_\_\_ Settore Attività \_\_\_\_\_

Dipendente  Convenzionato  Libero Professionista  Privo di occupazione

Indirizzo Lavoro \_\_\_\_\_

(\*campi obbligatori)

**Quota di iscrizione: 200,00**

**Pagamento tramite:**

Bonifico bancario intestato a: PROVINCIA ROMANA DELL'ORDINE DEI CHIERICI REGOLARI MINISTRI

**IBAN: IT 92 Z 02008 05008 000400940169**

**Modalità di disdetta**

E' attribuito a ciascun partecipante il diritto di recesso ai sensi dell'art. 1378 C.C., che dovrà essere comunicato con disdetta da inviare via Fax al n° 06/68803822 e potrà essere esercitato con le seguenti modalità:

Fino a 20 giorni prima dell'inizio del corso, il partecipante potrà recedere senza dovere alcun corrispettivo all'Istituto, che, pertanto, provvederà al rimborso dell'intera quota versata. Oltre il termine di cui sopra e fino al giorno di svolgimento del corso, il partecipante potrà recedere pagando un corrispettivo pari al 50% della quota di iscrizione.

Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali di Form-AUPI

Firma

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_