



Form - AUPI

SOCIETÀ SCIENTIFICA

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Mod. SDI

Modulistica

TITOLO CORSO: "UNITA' DI PSICOLOGIA : STATO DELL'ARTE E OPPORTUNITA' PROFESSIONALI NELLE ASL ITALIANE"

Luogo di svolgimento: Hotel Bologna, via piave 214, Mestre-Venezia

DATA: 24/10/2017

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 che dovrà pervenire per fax al n°06/68803822 o per mail all'indirizzo formaupi@aupi.it.
> 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.
> 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: GRATUITO

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

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

Firma

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