



Form - AUPI

SOCIETÀ SCIENTIFICA

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Mod. SDI

Modulistica

TITOLO CORSO: Lo sviluppo delle conoscenze e competenze professionali alla luce del nuovo CCNL, del nuovo ACN e della revisione del Codice deontologico della professione

Luogo di svolgimento: Circolo della Stampa: Aula Congressi, Corso Stati Uniti 27, Torino

DATA inizio: 07/03/2024

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.
Agli iscritti verrà comunicata la conferma dell'iscrizione raggiunto il numero minimo previsto ed inviato il programma dettagliato del corso tramite mail.
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.
"Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018, n. 101"

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 o per mail all'indirizzo formaupi@aupi.it.

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

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

Firma \_\_\_\_\_