



TITOLO CORSO: L'intervento del SSN nei casi di separazione e affidamento dei figli. Criticità dell'art.473-bis.27 c.p.c

Luogo di svolgimento: Bologna, Corte Roncati, Via Sant'Isaia 90

DATA INIZIO: 18/10/2024

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 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.

Il sottoscritto in qualità di partecipante all'evento dichiara di essere stato reclutato*:

- o Sì, da (indicare nome impresa commerciale operante in ambito sanitario) _____
- o No.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non aver assolto a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento. *ai sensi dell'art. 80 dell'Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.

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

Firma _____

Data di compilazione ____/____/____