



Form - AUPI

SOCIETÀ SCIENTIFICA

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Mod. SDI

Modulistica

TITOLO CORSO: "LO PSICOLOGO NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: UNA PROFESSIONE CHE INTERROGA L'ATTUALITÀ"

Luogo di svolgimento: **ASST Papa Giovanni XXIII. Aula didattica, Piazza OMS, 1, Bergamo**

DATA: **18/12/2017**

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 ____/____/____