

## SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO ECM

*Si prega di scrivere in stampatello*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_  
Iscritto/a all'Ordine/Collegio/Ass.prof.li \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Partita IVA per fatturazione \_\_\_\_\_

### **Chiede di iscriversi al corso ECM:**

**Il trauma e l'evoluzione del sé: riferimenti teorici ed applicazioni cliniche.  
22.3 crediti ECM**

A TAL FINE DICHIARA

- di aver versato la quota totale del corso pari a € 250  
 di essere uno studente/laureando delle facoltà di Psicologia o Medicina e chirurgia, non aver diritto ai crediti ECM e per questo aver versato la quota del corso pari a € 200

DATA

|\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali". Dichiaro altresì di aver preso visione e di accettare la Normativa di acquisto dei corsi presente online sul sito [www.cscp.it](http://www.cscp.it)

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Autorizzo la pubblicazione delle mie immagini riprese durante l'evento sul sito [www.cscp.it](http://www.cscp.it) e sul profilo Facebook (<https://www.facebook.com/profile.php?id=100009282762389>) e YouTube di CSCP. Accetto che la loro pubblicazione e i tempi di permanenza online siano a totale discrezione della direzione CSCP. Ne vieta altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale e il decoro e potrà in qualsiasi momento chiederne la cancellazione.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Mod. CSCP 27 bis - Iscrizione corso ECM  
Aggiunta autorizzazione utilizzo media e diversificazione quota iscrizione

02 24/11/2015

Modifica del modello

01 29/07/2015

Prima emissione

00 27/04/2015<sup>1</sup>