



Provider regionale ECM-Accreditamento dell'Assessorato alla Salute D.D.G 567 del 04/04/2019

SCHEDA DI ISCRIZIONE- EVENTO ID. 643-9401



LO PSICOLGO EX ART. 80: UNO SGUARDO TRA LE SBARRE

PALERMO 21/10/2023

Si prega di rinviare questa scheda di iscrizione via mail a: ecm@infaop.com oppure via fax allo 091-6797965
Per informazioni contattare la Segreteria Organizzativa dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00

Nome		Cognome	
Nato/a a		Nazione	
Data di nascita		Codice fiscale	
Residente a		Provincia	
Via		CAP	
Ente di appartenenza		Professione sanitaria	
Tel. / cell.		e.mail:	

CHIEDE

A codesto Provider regionale INFAOP l'iscrizione al "Corso ECM dal titolo :

LO PSICOLGO EX ART. 80: UNO SGUARDO TRA LE SBARRE

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Albo/Ordine/Collegio di..... N.
2. Di essere Convenzionato Dipendente Libero professionista Privo di occupazione
3. Di partecipare al presente corso su invito di sponsor o enti professionali: SI NO
e se è SI quali:
4. Di richiedere l'attestato ECM (previo superamento del Test di valutazione finale) SI NO

Ragione sociale	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Indirizzo	

A completamento dell'iscrizione al corso ECM, si allega alla presente:

-Copia del bonifico bancario quale quota di iscrizione al corso in favore di **INFAOP, BANCA INTESA s.p.a. IBAN n. IT21L030690960610000183794** causale: **UNO SGUARDO** più cognome e nome del partecipante

- € 35,00 per gli Psicologi, educatori professionali,
- € 20,00 per gli studenti di Scienze psicologiche e scienze dell'educazione

Il corso è rivolto a **20 partecipanti**, l'iscrizione è obbligatoria fino ad esaurimento dei posti disponibili e deve essere effettuata compilando la scheda di iscrizione entro e non oltre il 19/10/2023;

L'iscrizione dà diritto alla partecipazione dei lavori scientifici e all'attestato di partecipazione al corso ed in fine all'attestato con i crediti definitivi (previo superamento del test finale ECM)

Ai sensi del D. Lgs 31 dicembre 2023 n. 196 autorizzo l' INFAOP al trattamento dei miei dati personali

Data/...../.....

Firma del partecipante _____