



Progetto Salute Srl

Via Milano, 118 – 38122 Trento - Tel. 0461 912765 Fax. 0461 913793 - E-mail: medicina@prosalute.net

“Stress e burn-out: problemi ancora aperti dopo i chiarimenti della Commissione Consultiva”

Evento formativo n°5642 TRENTO - 06 giugno 2014

Aula formazione Progetto Salute Via Bezzecca, 2

Evento registrato in ECM – Disciplina Medicina del lavoro e Sicurezza negli ambienti di lavoro – con il riconoscimento di 5 crediti

Cognome		
Nome		
Luogo di nascita		Data di nascita
Indirizzo		
Città		Prov.
Tel.	Fax	Cell.
Cod.Fisc.		
P. IVA		
e-mail		

ISCRIZIONI E MODALITA' DI PAGAMENTO

L'iscrizione può essere effettuata inviando questa scheda via fax allo 0461 913793 o via e-mail a franca.serafini@prosalute.net entro e non oltre il **3 giugno 2014** e si intende valida solo se corredata di ricevuta di pagamento che può essere effettuato esclusivamente tramite:

- Bonifico Bancario intestato a **Progetto Salute Srl**:
Cassa Rurale Aldeno e Cadine - Agenzia Piedicastello
IBAN: IT 78 Q 08013 01805 000080310401
causale: Corso "ECM n.5642"+ nome iscritto.
- Assegno Bancario presso la sede di Progetto Salute

Il corso è a numero chiuso (max 25 partecipanti). Le iscrizioni verranno accettate in ordine cronologico di arrivo e fino ad esaurimento dei posti disponibili.

QUOTA DI ISCRIZIONE:

- **Euro 30,00** (IVA compresa) per iscritti SIPAP
- **Euro 60,00** (IVA compresa) per Medici Competenti e Psicologi

RINUNCIA E RIMBORSO: L'iscrizione è vincolante se non disdetta con fax o lettera raccomandata, inviata a Progetto Salute Srl Via Milano 118, entro il **03 giugno 2014**.

In caso di disdetta nei termini sopra indicati, la somma versata dal partecipante verrà interamente restituita. In caso di disdetta non segnalata nei termini sopra indicati o di mancata partecipazione al Corso, Progetto Salute è autorizzata a trattenere la quota per intero.

PRIVACY: I dati forniti con la presente scheda saranno trattati da Progetto Salute Srl ai sensi del D.Lgl. 196/2003 per l'invio di documentazione o di informazioni relative al corso e ad altre iniziative ECM:

Accetto

Non accetto

.....
Data

.....
Firma