



Form - AUPI

SOCIETÀ SCIENTIFICA

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Modulistica

Mod. SDI

TITOLO CORSO: SERVIZIO DI PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE E LO PSICOLOGO DELLE CURE PRIMARIE

LUOGO DI SVOLGIMENTO: CALTANISSETTA, CASA DELLE CULTURE E DEL VOLONTARIATO, VIA XIBOLI, 310

DATA inizio: 30/10/2024

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 dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679'

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* Specializzazione*

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

Data di compilazione Firma