






*“Formazione & Consulenza” di Stefano Viciconte*

**ORGANIZZAZIONE CORSI ECM**

<b>TITOLO :</b> <b>CORSO FEUERSTEIN PAS STANDARD 2</b>		 <b>PROFILI SANITARI</b>	 <b>Ente Accreditato Miur adeguato Direttiva 170/16 CARTA DOCENTE</b>
DURATA: 5 Giorni DATE DI SVOLGIMENTO Ven.2 – Sab.3 – Dom.4 Dicembre 2022 Sab. 17 – Dom 18 Dicembre 2022	SEDE DI SVOLGIMENTO 	CREDITI ECM SI <input type="checkbox"/> <b>50</b> Per I Profili NO <input type="checkbox"/> Sanitari	CERTIFICATO SI <input type="checkbox"/> <b>50 ORE MIUR</b> Per Insegnanti NO <input type="checkbox"/>

**SCHEDA D'ISCRIZIONE**

Prima di effettuare il pagamento, è opportuno verificare la disponibilità dei posti, presso la Segreteria Organizzativa.

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo P.E.C. (Posta Elettronica Certificata) \_\_\_\_\_

Struttura di appartenenza \_\_\_\_\_ Qualifica Professionale \_\_\_\_\_

SPECIFICARE GLI ESTREMI DI INTESTAZIONE DELLA FATTURA ELETTRONICA:

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_ Codice Univoco \_\_\_\_\_

L'iscrizione si effettua inviando alla Segreteria Organizzativa, per posta elettronica o per fax, la scheda di iscrizione, la copia del titolo di studio, la copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale.

- Bonifico Bancario intestato a Stefano Viciconte Ufficio Postale di Calatafimi Segesta (TP) Coordinate  
IBAN: IT 09 0 07601 16400 000061552204

Si informa che, ai sensi del **D.Lgs 196/03** e successive modifiche ed integrazioni, i dati personali verranno raccolti dalla Segreteria Organizzativa solo ed esclusivamente per le presenti finalità di iscrizione all'evento e per le necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha la facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o la cancellazione dei propri dati rivolgendosi alla Segreteria stessa.

Dò il consenso – Luogo, Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_