



“Formazione & Consulenza” di Stefano Viciconte

ORGANIZZAZIONE CORSI ECM

TITOLO : CORSO TEORICO-PRATICO SULLA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA PER FACILITATORI		 PROFILI SANITARI	 Ente Accreditato Miur adeguato Direttiva 170/16 CARTA DOCENTE
DURATA: 8 Giorni	SEDE DI SVOLGIMENTO	CREDITI ECM	CERTIFICATO
DATE DI SVOLGIMENTO		50	60 ORE MIUR
Sab. 18 – Dom 19 Maggio 2024	Fondazione	Profili Sanitari	- Operatori Socio Educativi
Sab. 25 – Dom 26 Maggio 2024	O.R.T.U.S. ONLUS		- Insegnanti
Sab. 08 – Dom 09 Giugno 2024	Via Gravina 18		
Sab. 29 – Dom 30 Giugno 2024	95014 GIARRE (CT)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> 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 _____

SEDE: VIA L. PIRANDELLO, 29 - 91013 CALATAFIMI SEGESTA (TP)

TEL/FAX: 0924 954566 – CELL 329 1167179 - e-mail: stefanoviciconte@libero.it

C.C.I.A.A. : Nr. R.E.A. 151508 - P.IVA : 02184130819