



“Formazione & Consulenza” di Stefano Viciconte

ORGANIZZAZIONE CORSI ECM

<b>TITOLO :</b> CORSO TEORICO-PRATICO SULLA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA PER FACILITATORI		 <b>PROFILI SANITARI</b>	 Ente Accreditato Miur adeguato Direttiva 170/16 <b>CARTA DOCENTE</b>
DURATA: 8 Giorni	SEDE DI SVOLGIMENTO	CREDITI ECM	CERTIFICATO
DATE DI SVOLGIMENTO		<b>50</b>	<b>60 ORE MIUR</b>
Sab. 19 – Dom 20 Ottobre 2024	CATANIA	Profili Sanitari	- Operatori Socio Educativi
Sab. 26 – Dom 27 Ottobre 2024	VIA MILANO, 15		- Insegnanti
Sab. 09 – Dom 10 Novembre 2024			
Sab. 21 – Dom 22 Dicembre 2024		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](mailto:stefanoviciconte@libero.it)

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