



“Formazione & Consulenza” di Stefano Viciconte

ORGANIZZAZIONE CORSI ECM - MIM

TITOLO : ANALISI DEL COMPORTAMENTO APPLICATA CORSO ABA DELLA DURATA DI 60 ORE CON PROGRAMMA STRUTTURATO SECONDO TASK LIST IACABAI		 PROFILI SANITARI	 Ente Accreditato Miur adeguato Direttiva 170/16 CARTA DOCENTE
DURATA: 12 Giorni	SEDE DI SVOLGIMENTO	CREDITI ECM	CERTIFICATO
DATE DI SVOLGIMENTO		50	60 ORE MIUR
Sab. 03 – Dom. 04 Ottobre 2026	ISTITUTO	Profili Sanitari	- Operatori Socio Educativi
Sab. 07 – Dom 08 Novembre 2026	LIONARDO VIGO		- Insegnanti
Sab. 05 – Dom 06 Dicembre 2026	Via Salvatore Vigo, 51	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sab. 23 – Dom 24 Gennaio 2027	95024 ACIREALE (CT)		
Sab. 20 – Dom 21 Febbraio 2027			
Sab. 06 – Dom 07 Marzo 2027			

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 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 _____