*"Formazione & Consulenza" di Stefano Viciconte*

*ORGANIZZAZIONE CORSI ECM - MIM*

| **TITOLO :**<br>ANALISI DEL COMPORTAMENTO APPLICATA<br>CORSO ABA DELLA DURATA DI 60 ORE<br>CONPROGRAMMA STRUTTURATO<br>SECONDO TASK LIST IACABAI | | E.C.M. Educazione Continua in Medicina<br>**PROFILI SANITARI** | *Ente Accreditato Miur adeguato Direttiva 170/16*<br>**CARTA DOCENTE** |
|---|---|---|---|
| DURATA: 12 Giorni<br>DATE DI SVOLGIMENTO<br>Sab. 28 – Dom. 29 Novembre 2026<br>Lun. 14 – Mar 15 Dicembre 2026<br>Sab. 09 – Dom 10 Gennaio 2027<br>Sab. 27 – Dom 28 Febbraio 2027<br>Sab. 20 – Dom 21 Marzo 2027<br>Sab. 17 – Dom 18 Aprile 2027 | SEDE DI SVOLGIMENTO<br>ISTITUTO<br>LIONARDO VIGO<br>Via Salvatore Vigo, 51<br>95024 ACIREALE (CT) | CREDITI ECM<br>**50**<br>Profili Sanitari<br>SI ☐ NO ☐ | CERTIFICATO<br>**60 ORE MIUR**<br>- Operatori Socio Educativi<br>- Insegnanti<br>SI ☐ NO ☐ |

## 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 O 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)
CELL 329 1167179 - e-mail: stefanoviciconte@libero.it
C.C.I.A.A. : Nr. R.E.A. 151508 - P.IVA : 02184130819