"Formazione & Consulenza" di Stefano Viciconte

ORGANIZZAZIONE CORSI ECM - MIM

TITOLO : CORSO TEORICO-PRATICO SULLA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA PER FACILITATORI		E.C.M. Educazione Continua in Medicina PROFILI SANITARI	*Ente Accreditato* *Miur adeguato* *Direttiva 170/16* CARTA DOCENTE
DURATA: 12 Giorni DATE DI SVOLGIMENTO Sab. 19 – Dom. 20 Dicembre 2026 Sab. 30 – Dom 31 Gennaio 2027 Sab. 06 – Dom 07 Febbraio 2027 Sab. 13 – Dom 14 Marzo 2027 Sab. 10 – Dom 11 Aprile 2027 Sab. 22 – Dom 23 Maggio 2027	SEDE DI SVOLGIMENTO ISTITUTO LIONARDO VIGO Via Salvatore Vigo, 51 95024 ACIREALE (CT)	CREDITI ECM **50** Profili Sanitari SI ☐ NO ☐	CERTIFICATO **60 ORE MIUR** - Operatori Socio Educativi - Insegnanti 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