

SCHEDA DI ISCRIZIONE
CORSI DI ALTA FORMAZIONE IN FONIATRIA E LOGOPEDIA

MOTOR SPEECH DISORDERS

Management Clinico e Riabilitativo

11-12-13 Novembre 2016

18-19-20 Novembre 2016

I DISTURBI DELLA VOCE

Management Clinico e Riabilitativo

10-11-12 Marzo 2017

24-25-26 Marzo 2017

Nome e Cognome _____

Via _____ N° _____ CAP _____

Città _____ (____) _____

Luogo di nascita* _____ Prov* _____ Data di nascita _____

Tel. _____ Email* _____

CF* _____ Professione sanitaria* _____

Disciplina* _____ Libero professionista* Dipendente* Privo di occupazione*

Desidero partecipare al/ai corso/i:

MOTOR SPEECH DISORDERS
Management Clinico e Riabilitativo

I DISTURBI DELLA VOCE
Management Clinico e Riabilitativo

QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA inclusa):

MOTOR SPEECH DISORDERS = € 600

Management Clinico e Riabilitativo

1^a rata di € 300 entro il 30/09/16

2^a rata di € 300 entro il 30/10/16

I DISTURBI DELLA VOCE = € 600

Management Clinico e Riabilitativo

1^a rata di € 300 entro il 31/01/17

2^a rata di € 300 entro il 28/02/17

ISCRIZIONE AD ENTRAMBI I CORSI = € 1.000

1^a rata di € 300 entro il 30/09/16

2^a rata di € 350 entro il 31/12/16

3^a rata di € 350 entro il 28/02/17

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Il pagamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario intestato a:

Casa di Cura Privata del Policlinico S.p.A.

IBAN IT47 I05048 01602 000000023986

Banca Popolare Commercio E Industria - Fil. MI Borgogna-MI (Causale: Speech + Cognome)

DATI PER LA FATTURAZIONE

Nome/Ente _____

Via _____ CAP _____ Città _____ (____)

Codice fiscale / P.IVA _____

CANCELLAZIONI E RIMBORSI

La cancellazione dell'iscrizione pervenuta per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro il **11 ottobre 2016** darà diritto ad un rimborso totale dell'importo versato. Dopo tale data non sarà più possibile farne richiesta. I rimborsi saranno effettuati solo al termine dei corsi.

È stato richiesto l'accreditamento ECM-CPD - Regione Lombardia per le seguenti figure professionali: Medico Specialista in Otorinolaringoiatria, Audiologia e Foniatria, Logopedista. Per ciascun Corso di Alta Formazione è previsto il riconoscimento dei crediti ECM (n. 50 crediti). L'attestato sarà rilasciato solo ed esclusivamente ai partecipanti che avranno superato il questionario di apprendimento e che avranno raggiunto la soglia minima di partecipazione (80% di frequenza).

I campi evidenziati da * devono essere compilati obbligatoriamente al fine della attribuzione dei crediti ECM, come da regolamento Co.Ge.A.P.S.

La presente scheda di iscrizione è da rinviare compilata e firmata via fax al numero **02.48593312**
o via email all' indirizzo: a.marturano@ccppdezza.it - c.luzzi@ccppdezza.it

Si autorizza il trattamento e la diffusione dei dati personali sopra indicati nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui all'art.10 della legge n. 675/1996 e del DL n. 196/2003.

Data _____

FIRMA _____