

SCHEDA DI ISCRIZIONE**MASTER IN AFASIOLOGIA**
2019-2020

Nome e Cognome _____
Via _____ N° _____ CAP _____
Città _____ (____) _____
Luogo di nascita* _____ Prov* _____ Data di nascita _____
Tel. _____ Email* _____
CF* _____ Titolo di studio (specializzazione)* _____
Professione sanitaria* _____
Disciplina* _____ Libero professionista* Dipendente* Privo di occupazione*

Desidero partecipare al/ai corso/i:

QUOTA DI ISCRIZIONE (IVA inclusa)

La quota di iscrizione è pari a € 1600 (IVA compresa) da versare in tre rate: la prima da 500 all'atto dell'iscrizione, la seconda da € 500, entro il 30/11/2019 e la terza da € 600 entro il 28/02/2020

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Il pagamento delle quote di iscrizione dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario intestato a:

NEED INSTITUTE

IBAN IT36H0326801602052251035580

Banca Sella – Succursale Via V. Monti, 33 - Milano (Causale: Master Afasiologia + 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 23 agosto 2019 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.

Sarà richiesto l'accreditamento di 50 crediti ECM-CPD - Regione Lombardia per l'anno 2019 e di 50 crediti ECM-CPD per il 2020 per le seguenti figure professionali: Medico, Logopedista, Psicologo. 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 (90% 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 unitamente a copia della ricevuta di pagamento via fax al numero **02.48593312** o via email all' indirizzo: a.marturano@ccppdezza.it – p.limina@ccppdezza.it

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 La informiamo che i dati personali raccolti col presente modulo saranno trattati da Casa di Cura Privata del Policlinico S.p.A., con mezzi informatici o cartacei, per le seguenti finalità: erogazione dei servizi di formazione, adempimento di obblighi contabili e fiscali, programmazione delle attività e gestione del contenzioso. La base giuridica che legittima il trattamento è l'adempimento ad impegni contrattuali e l'ottemperanza di disposizioni normative vigenti. Il mancato conferimento non permetterà di adempiere a quanto richiesto. I dati personali saranno trasferiti a fornitori di servizi. La informiamo inoltre che i dati di contatto saranno trattati per inviare comunicazioni in merito a servizi erogati e/o in merito ai crediti formativi in scadenza e/o alla partecipazione a ricerche di mercato effettuate da terzi. Questi trattamenti hanno quale base giuridica legittimante il suo consenso. In questo caso il dato è conservato fino a che sopravvenga revoca del consenso. Le ricordiamo che per maggiori informazioni o richieste specifiche (cancellazione, blocco, aggiornamento, rettifica, integrazione dei dati od opposizione al trattamento) può scrivere all'indirizzo Via Dezza n.48 20144 Milano o inviare una mail a casadicurapoliclinico.dpo@avvera.it

Rispetto alle comunicazioni in merito a servizi di formazione del titolare: **do il consenso** **nego il consenso**

Data _____

FIRMA _____