

SCHEDA DI ISCRIZIONE

CORSO DI FORMAZIONE PER L'ESPERTO IN STIMOLAZIONE COGNITIVA

PROFESSIONE:

<input type="checkbox"/> Psicologo: () Psicologia () Psicoterapia	<input type="checkbox"/> Educatore professionale
<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica
<input type="checkbox"/> Medico chirurgo: () Medicina fisica e riabilitazione () Neuropsichiatria infantile () Audiologia e foniatra	<input type="checkbox"/> Altro: _____

SI ECM

ORDINE DI APPARTENENZA _____

N° DI ISCRIZIONE ALL'ALBO _____

NO ECM (nel caso la sua figura non sia fra quelle indicate)

COMPILARE IN STAMPATELLO

Nome e Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo privato _____ Città _____ ()

CAP _____ Tel _____ Cell _____ Fax _____

E-mail _____

Profilo lavorativo attuale:

- Dipendente presso _____ indirizzo _____
- Libero professionista
- Convenzionato presso _____
- Privo di occupazione

MODULO:

- Quota di iscrizione 4 Moduli
- Quota di iscrizione 5 Moduli

L'ammissione al Corso avviene mediante l'invio alla Segreteria Organizzativa di:

- Scheda di iscrizione debitamente compilata
- Ricevuta del pagamento
- Copia del documento d'identità
- Copia del codice fiscale
- Copia, o autocertificazione, del titolo di studio
- Copia del regolamento firmata

Mezzo:

- E-mail a info@aimanapoli.it indicando in oggetto

“ISCRIZIONE_CORSO_STIMOLAZIONE_COGNITIVA_COGNOME_NOME”

- Consegna a mano presso Segreteria Organizzativa AIMA sita in Via S. Gennaro Agnano 94 Pozzuoli (NA) dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.30 alle 17.30

In caso di rinuncia, questa va comunicata alla Segreteria Organizzativa a mezzo e-mail entro 10 giorni dalla data di inizio del corso la quota verrà restituita con una decurtazione del 20%. Nel caso in cui la disdetta avvenisse successivamente, si è tenuti a pagare il costo complessivo del Corso. La mancata frequenza non dà diritto al rimborso della quota.

Data _____ Firma autografa _____

Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti del GDPR Regolamento CE Parlamento Europeo del 27/04/2016 n°679 per la protezione dei dati personali, autorizza espressamente AIMA NAPOLI ONLUS al trattamento dei propri dati personali ai soli fini delle attività legate alla formazione.

Data _____ Firma autografa _____