

CORSO DI PERFEZIONAMENTO ECM

LE BUONE PRATICHE NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE:

MODELLI ORGANIZZATIVI E PARADIGMI TEORICI

DOMANDA DI AMMISSIONE

Vi chiediamo di compilare tutti i campi e di scrivere in modo **leggibile** per consentirci di acquisire tutte le informazioni richieste. Le domande non leggibili non potranno essere prese in considerazione.

TITOLO DEL MASTER	"LE BUONE PRATICHE NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: MODELLI ORGANIZZATIVI E PARADIGMI TEORICI"
LUOGO	PERUGIA e TODI
DATA di SVOLGIMENTO	Settembre 2017 – settembre 2018

DATI PERSONALI

Cognome	
Nome	
Data di nascita (gg/mm/aa)	
Luogo di nascita	
Prov	
Stato	
Genere	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Indirizzo	
Città	
Provincia	
CAP	
Regione	
Telefono	
Fax	
Posta elettronica	
Codice Fiscale	

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio	
Profilo sanitario ECM	
Chiede attestato ECM	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Azienda/Ente di appartenenza	
Posizione	
Inquadramento	di ruolo/a tempo indeterminato SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Indirizzo	
Città	
Provincia	
CAP	
Regione	
Telefono	
Fax	

Indicare il recapito a cui si desiderano ricevere le future comunicazioni:

PROFESSIONALE

PERSONALE

M04/P/ERS/01

• LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE E CONOSCENZE ATTINENTI AL CORSO SONO:

• I MIEI PRINCIPALI INCARICHI E LE MIE ATTIVITA' ATTUALI SONO:

• IL CORSO MI SARA' UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI:

Firma.....

Data.....

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:

Ai sensi del D. Lgs 196/03 si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di convegni in materia sanitaria e potranno essere registrati anche su supporto informatico al fine di tenerla aggiornata circa le nostre prossime iniziative scientifiche, per l'utilizzo dei dati stessi per i fini ECM e comunicati a terzi.

Lei ha comunque diritto di opporsi a tale trattamento. La mancata accettazione al trattamento dei suoi dati comporta l'impossibilità a gestire la partecipazione all'evento e l'invio dei materiali e delle pubblicazioni ad esso inerenti.

Titolare del trattamento è CONSULTA UMBRIA SRL con sede in Perugia, Via R. Gallenga 2, 06127 Perugia e nei suoi confronti Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del citato D. Lgs 196/03.

Firma.....

Data.....

MODALITA' DI INVIO DELLA DOMANDA

La presente domanda, debitamente compilata, dovrà pervenire secondo le modalità di invio sopra descritte, entro il **30 Giugno 2017**. A parità di titoli si terrà conto della data di presentazione della domanda suddetta. La conferma dell'accettazione al corso verrà trasmessa via e-mail (vi invitiamo a indicare sulla domanda di ammissione un indirizzo e-mail valido).

Successivamente alla comunicazione di conferma dell'accettazione della domanda, al fine di completare l'iscrizione, le sarà richiesto di seguire una procedura che verrà comunicata nei dettagli all'atto dell'accettazione della candidatura e che prevede l'invio entro il **10 Settembre 2017** di:

- 1) fotocopia di un documento di identità valido,
- 2) curriculum vitae.
- 3) ricevuta del bollettino del versamento di Euro 1.210,00 (iva inclusa) corrispondenti alla prima rata dell'intera quota di partecipazione

E' possibile optare per una delle seguenti modalità di invio della domanda di ammissione:

1. Stampare la domanda, compilarla a mano e inviarla per posta ordinaria a Consulta Umbria, via R. Gallenga 2 - 06127 Perugia, indicando sulla busta: MASTER DCA 2016/2017. In questo caso si prega di inviare contestualmente una e-mail all'indirizzo info@consultaumbria.com o congressi@consultaumbria.com per comunicare l'invio della domanda di ammissione e consentire un monitoraggio della corretta ricezione della medesima.
2. Inviare la domanda, compilata direttamente sul file Word, via mail all'indirizzo info@consultaumbria.com o congressi@consultaumbria.com