

## CORSO DI PERFEZIONAMENTO

### LE BUONE PRATICHE NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE: 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.

|                            |                                                                                                                                   |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TITOLO DEL CORSO</b>    | "LE BUONE PRATICHE NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE: MODELLI ORGANIZZATIVI E PARADIGMI TEORICI" |
| <b>LUOGO</b>               | PIATTAFORMA ZOOM –<br>Quattro moduli in presenza Todi                                                                             |
| <b>DATA di SVOLGIMENTO</b> | Settembre 2026 – Settembre 2027                                                                                                   |

#### DATI PERSONALI

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Cognome                 |  |
| Nome                    |  |
| Data e luogo di nascita |  |
| Indirizzo               |  |
| Città                   |  |
| CAP                     |  |
| Telefono                |  |
| Posta elettronica       |  |
| Codice Fiscale          |  |

#### DATI PROFESSIONALI

|                              |         |
|------------------------------|---------|
| Titolo di Studio             |         |
| Profilo sanitario ECM        |         |
| Chiede crediti ECM           | SI   NO |
| Azienda/Ente di appartenenza |         |
| Indirizzo                    |         |
| Città                        |         |

• 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 DELL'EX D.LGS. 196/2003 e Regolamento UE N. 679/2016:**

*Ai sensi del D. Lgs 196/03 e del Regolamento UE N. 679/2016 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, via e-mail all'indirizzo **associazionemifidoditeonlus@gmail.com** entro il **31 Luglio 2026**. La conferma dell'accettazione al corso verrà trasmessa via e-mail entro il 3 Agosto 2026 (vi invitiamo a indicare sulla domanda di ammissione un indirizzo e-mail valido). Al fine di completare l'iscrizione sarà richiesto di inviare:

- 1) fotocopia di un documento di identità valido
- 2) curriculum vitae
- 3) ricevuta del bollettino del versamento di Euro 1.000,00 corrispondenti alla prima rata dell'intera quota di partecipazione ( possono essere previste rateizzazioni ) . Per i volontari dei Centri DNA e per i soci SIRIDAP in regola con l'iscrizione annuale la prima quota sarà di 500,00€. Il pagamento della prima rata va effettuato entro il 7 Agosto 2026.

**Per i dipendenti della Asl1 Umbria il Corso di Perfezionamento è gratuito.**

**Per i tirocinanti e volontari interni alle strutture DNA della Asl1 Umbria e per i Soci SIRIDAP ( in regola con la quota annuale) il costo è di 1.500,00€ rateizzabili.**

**Per il pagamento:**

**Intestazione:** Associazione Mi Fido di Te ETS

**IBAN:** IT19S0760103000001003758438

**Causale:** Quota/Saldo Corso di Perfezionamento Le Buone Pratiche di cura dei DNA 2026/2027