

WORKSHOP REGIONALE DI GERIATRIA  
**LA CRONICITA': CURARE E PRENDERSI CURA**

Sabato 16 Febbraio 2019 Caesar's Hotel, Cagliari

(Compilare in stampatello o dattiloscivere)

<b>Dati Personali:</b>	Cognome _____ Nome _____
	Indirizzo _____ Cap _____ Città _____
	cell _____ e-mail _____
	C.F. _____ (obbligatorio ai sensi del DL Bersani 248/06)
	Professione _____ Disciplina (specificare per ecm) _____
	Sede di lavoro / Ospedale _____ città _____
	reparto _____
	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Farmacista <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Fisioterapista <input type="checkbox"/> Altro _____
	in qualità di: <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Altro _____
	<i>(I suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi Regolamento Europeo 2016/679 ex D.LGS. del 30-06-2003, n° 196)</i>
Dati di fatturazione (solo se è richiesta la fattura): Nome / Azienda _____ indirizzo _____ Cap _____ Città _____ P.IVA _____ e Codice Fiscale _____	

1. Quota d'iscrizione (*)	ISCRIZIONE entro il 08-02	ISCRIZIONE oltre il 08-02
<input type="checkbox"/> Iscrizione per tutte le categorie (con crediti ecm) - vedi specialità accreditate	<b>gratuita</b>	60,00 €
<input type="checkbox"/> Iscrizione Specializzandi, studenti e altre categorie senza ECM	ingresso gratuito con obbligo di pre-iscrizione	
2. Servizi Catering		
<input type="checkbox"/> Colazione di lavoro (Grand Buffet con posti a sedere - ricevuta emessa dall'albergo)	<b>25,00 €</b>	30,00 €
(tutte le voci sono iva inclusa) <b>totale 1+2</b>		
		_____, ____ €

**X** La/il sottoscritta/o dichiara di NON essere stato invitato da Aziende Sponsor OPPURE  La/il sottoscritto dichiara di essere edotto che i crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento sono acquisibili mediante reclutamento diretto entro il limite massimo di 1/3, e segnala che per questo percorso formativo è stato invitato dalla seguente Azienda Sponsor: Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara che non vi sono impedimenti da parte del proprio ente di appartenenza alla partecipazione dell'evento di cui sopra e che ciò non è in conflitto con i propri doveri d'ufficio ed orari di lavoro. A service studio Srl è da me interamente manlevata a detto riguardo. I suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679)

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
 (per conferma di quanto espresso sopra e in nota)

(\*) **ISCRIZIONE AL CORSO** La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire per posta elettronica alla Segreteria Organizzativa: A service Studio Srl Via Machiavelli 136, 09131 Cagliari, tel/fax 070/42939 **posta@aservicestudio.com** - **www.aservicestudio.com** Apertura ufficio (dal Lun al Gio orario 9-12)

L'ASERVICE STUDIO srl provvederà a registrare l'iscrizione al corso che include: il Kit congressuale, l'Attestato di partecipazione con crediti ecm (categoria Sanità), l'Attestato di partecipazione senza crediti. Non sono inclusi i servizi "colazione di lavoro". Iscrizione a **numero chiuso**. Si ricorda che per ottenere il rilascio dei crediti formativi ECM attribuiti al percorso formativo, ogni partecipante dovrà frequentare il 100% dell'orario previsto; compilare la scheda anagrafica; compilare i questionari di apprendimento ECM Modalità pagamento bonifico bancario: **IBAN IT62U0306904856100000001000** Banca Intesa San Paolo - Filiale 07249 Cagliari intestato A service Studio srl (causale: iscrizione NOME e COGNOME corso **GERIATRIA**). Rinunce Le rinunce che perverranno ad ASERVICE STUDIO entro il 10gg dalla data dell'evento daranno luogo al rimborso della quota. Per le rinunce che perverranno dopo tale data non è previsto alcun rimborso. Le pratiche di rimborso saranno evase dopo il corso. Aggiornamenti, informazioni e modulistica su **www.aservicestudio.com**