# RehabLab

Via per Sannicandro,50 - 70021 – Acquaviva d.F. – BA

Tel. **080757317** mobile **3275704255** -
Fax **0808853110**

**http://www.rehablab.eu**
**info@rehablab.eu**


## Modulo Iscrizione "Corso Maitland 1A Rende - CALABRIA"

| Sedi e Date di svolgimento: | | Crediti ECM: | RehabLab & FormedECM |
|---|---|---|---|
| **GRAND HOTEL EUROPA, VIA KENNEDY – RENDE (CS)** | **1° SETTIMANA:** dal 1 al 5 giugno 2018<br>**2° SETTIMANA:** dall'8 al 12 settembre 2018<br>**3° SETTIMANA:** dal 12 al 16 dicembre 2018<br>**4° SETTIMANA:** dal 1 al 5 maggio 2019 | **50 per l'anno 2017**<br>**50 per l'anno 2018** | **La partnership vincente per la tua formazione professionale di livello europeo** |

**Costo del corso: euro 2790,00+IVA 22% - Anticipo all'iscrizione: euro 700,00 con bonifico bancario su cc sottoriportato**

DATI PERSONALI

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cognome: | | Nome: | |
| Data di nascita (gg/mm/aa): | | Luogo di nascita: | Prov. |
| Codice Fiscale | | Stato professionale ☐ DIPENDENTE | ☐ LIBERO PROFESSIONISTA |
| Indirizzo di Residenza: Via | n° civico | Citta' | Prov. |
| C.A.P. | Regione: | Stato: | |
| Telefono fisso: | | Fax: | |
| Telefono cellulare: | | Email : | |

***DATI PROFESSIONALI***

| | | | |
|---|---|---|---|
| Profilo sanitario ECM: | | n.b. per profilo ecm si intende p.es. fisioterapista, infermiere, medico,ecc.. | |
| Specializzazione (se medico): | | Richiede attestato ECM se previsto: SI [ ] NO [ ] | |
| Dati studio professionale (compilare solo se si e' titolari di studio con P.IVA, ai fini della fatturazione): | | | |
| P.IVA: | Via | n° civico | Citta' |
| C.A.P. | Regione: | Stato: | |
| Dati AZIENDA (compilare solo se si e' titolari di azienda o dipendenti cui l'azienda finanzia il corso, ai fini della fatturazione): | | | |
| P.IVA: | Via | n° civico | Citta' |
| C.A.P. | Regione: | Stato: | |

**Modalita' di iscrizione:** online sul sito www.rehablab.eu, o tramite fax o mail, inviando il presente modulo compilato e firmato, oltre a copia di documento di riconoscimento e codice fiscale. In caso di prenotazione online del corso, e' comunque necessario compilare e consegnare il presente modello in sede del corso al responsabile RehabLab, assieme a copia di documento di riconoscimento e codice fiscale. In alternativa, anche in caso di prenotazione online, si puo' anticipare il conferimento dei documenti richiesti inviando un fax al numero 0808853110. Si precisa che, dopo aver effettuato la prenotazione online o via fax del corso, l'iscrizione allo stesso si perfeziona soltanto con il pagamento della quota (o delle eventuali rate d'anticipo, indicate su questo modulo di iscrizione (scaricabile dal sito www.rehablab.eu nell'apposito box del corso, alla voce "iscrizione"), a mezzo bonifico bancario sul conto corrente :Codice IBAN **IT06M0103004001000063163036** intestato a "Dott.Prof. Franchino Giuseppe s.a.s" filiale M.P.S BARI (si consiglia di conservare una copia del modello inviato, al fine di avere sempre a disposizione indirizzo, recapiti, coordinate del Conto Corrente).

**INFORMATIVA DEL PROVIDER** Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM, in base al Programma Nazionale di Educazione Continua in Medicina (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per l'istituzionalizzazione in Italia della E.C.M.) è necessaria la presenza effettiva del 100% rispetto alla durata complessiva dell'evento formativo residenziale da parte degli Operatori Sanitari iscritti e partecipanti a ciascun evento. Pertanto, si rende noto ai Sig.ri Partecipanti ai Corsi ECM che in caso di assenza, anche breve e dipendente da cause di forza maggiore, non sarà possibile rilasciare l'attestato con riconoscimento dei crediti ECM, ma, considerato il venir meno del presupposto della presenza effettiva al 100%, verrà rilasciato al partecipante un attestato di sola partecipazione al Corso ECM. La Direzione Aziendale si riserva di cancellare il corso in oggetto dandone preavviso di gg. 30 all'iscritto qualora non si raggiunga il numero minimo di partecipanti. In tal caso la Direzione Aziendale si impegna a restituire integralmente ed a proprie spese gli anticipi in danaro percepiti a titolo di caparra confirmatoria dell'iscrizione, senza ulteriori aggravi di spese.Con la presente l'iscritto acconsente che durante il corso siano effettuate riprese audio e video di ambienti, materiali, cose e persone da parte della Direzione Aziendale. Acconsente altresì che il materiale così ottenuto possa essere utilizzato dall'Azienda Dott. Prof. Giuseppe Franchino s.a.s. a fini pubblicitari. Il presente fax e' da intendersi come prenotazione dell'iscrizione al corso in oggetto emarginato. Per essere valida deve essere confermata dall'effettuazione di bonifico bancario dell'importo indicato in calce al presente modulo entro 10 giorni dall'invio della prenotazione online o tramite fax. Eventuali disdette con restituzione della caparra confirmatoria saranno accettate se effettuate a mezzo fax entro 60 gg. dalla data di inizio del corso scelto. Oltre tale termine la caparra confirmatoria sara' trattenuta e fatturata regolarmente anche in caso di mancata partecipazione al corso.

**Consenso per il trattamento dei dati personali**

Il sottoscritto.....acquisite le informazioni di cui all'art.13 della Legge 196/2003, esprime il proprio consenso per il trattamento da parte di "Dott. Prof. Franchino Giuseppe s.a.s" dei dati che lo riguardano per le sue finalità istituzionali, connesse o strumentali nei limiti indicati dall'informativa acquisita.

Data _____

Firma per accettazione e consenso _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DEL TITOLO DI STUDIO
(artt. 45 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a
_____
nato/a a
_____(_____)
il
____/____/____,
residente in
_____(_____)
in via
_____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n . 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità,
DICHIARA

- di possedere il titolo di studio: _____

conseguito in data ____/____/____ presso

_____

- di essere iscritto al seguente ordine/associazione professionale
_____

al n. _____ dal _____.

Luogo e data

Firma
_____