RehabLab

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

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

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

Modulo Consenso informato

"Corso di Terapia Manuale concetto Maitland liv. 1 - Macerata (MC) – Marche"

Sedi e Date di svolgimento:		Crediti ECM:	RehabLab & FormedECM
CENTRO DI RIABILITAZIONE FISIOSPORT VIA VELLUTI, 108 62100 – MACERATA PIEDIRIPA (MC)	1 SETTIMANA: DAL 4 ALL'8 APRILE 2018 2 SETTIMANA: DAL 30 GIUGNO AL 4 LUGLIO 2018 3 SETTIMANA: DAL 20 AL 24 OTTOBRE 2018 4 SETTIMANA: DAL 14 AL 18 GENNAIO 2019	50 per l'anno 2018 50 per l'anno 2019	La partnership vincente per la tua formazione professionale di livello europeo

Costo del corso: euro 2790,00 + IVA 22% con bonifico bancario su cc sottoriportato

DATI PERSONALI

Cognome:	Nome:	
Data di nascita (gg/mm/aa):	Luogo di nascita:	Prov.

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 [ ]

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) 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. Firmando la presente informativa 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.

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
_____

Condizioni di Pagamento

Il sottoscritto.....assume l'impegno, all'inizio della frequenza del corso acquistato, di portare a termine la frequenza dello stesso e di corrispondere l'intero costo del corso così come specificato sul sito aziendale www.rehablab.eu, nei tempi e nei modi concordati con il Provider, provvedendo comunque al saldo integrale del prezzo d'acquisto entro l'ultimo giorno di frequenza del corso, salvo diversi accordi presi con il Provider, da documentarsi formalmente per iscritto.

Data
_ _ /_ _ / _ _ _ _

Firma per presa visione ed accettazione
_____

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