SCHEDA DI ISCRIZIONE

10 SETTEMBRE 2016
Scuola Medica Università degli Studi di Pisa - via Roma 55 Pisa

Sonno, salute mentale e donna

cognome _____ nome _____

nato a (città, provincia, stato) _____ il _____

codice fiscale _____ P.IVA _____

professione _____ disciplina _____

TIPO DI LAVORO ☐ convenzionato ☐ dipendente ☐ libero professionista ☐ privo di occupazione

Iscritto/a al seguente Ordine/Associazione/Collegio Professionale: e-mail* _____

_____ nr. iscrizione _____

regione/provincia iscrizione _____ il _____

residente in via _____ città _____

provincia _____ CAP _____ telefono _____ richiesta crediti ECM si no

Chiedo di essere iscritto/a all'evento formativo "Sonno, salute mentale e donna: Disturbi psichici e fasi del ciclo vitale della donna: quale ruolo dei disturbi del sonno e sue implicazioni terapeutiche", che si svolgerà presso la Scuola Medica dell'Università degli Studi di Pisa, Via Roma 55, il 10 settembre 2016 (12 crediti ECM)
La quota di iscrizione, comprende: iscrizione al corso, coffee break, kit evento, attestato di partecipazione, materiale scientifico.

1. Il corso si svolgerà a **Pisa, presso la Scuola Medica, via Roma 55** secondo il calendario indicato nel programma dell'evento. Eventuali cambiamenti saranno comunicati ai partecipanti entro 3 giorni prima della prevista data di inizio.
2. Il Corso è riservato alle professioni sanitarie indicate nel programma per un numero massimo di 25 partecipanti con il rilascio di 12 crediti formativi E.C.M.
3. L'iscrizione, mediante il presente modulo compilato in ogni sua parte e completo di firma leggibile, deve pervenire **entro il 07.09.2016** alla segreteria organizzativa mediante la compilazione, online, fax o e-mail ai seguenti recapiti: **fax: 055.2469242 e-mail: formazione@coopmatrix.it**
4. L'iscrizione si intende confermata solo se è **accompagnata dall'attestazione dell'avvenuto pagamento** della quota di partecipazione. Qualora il numero degli iscritti previsti si raggiunga prima della data di scadenza, le iscrizioni si chiuderanno anticipatamente. Le iscrizioni saranno accettate per ordine di arrivo, per cui si consiglia di accertarsi della disponibilità di posti prima di effettuare il versamento. L'organizzazione si riserva di annullare il corso per esigenze organizzative o in caso di mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti; in tali eventualità, la quota di iscrizione sarà restituita.
5. Nei casi in cui l'iscritto sia impossibilitato e/o rinunci a partecipare al corso, poiché il versamento della quota è considerato conferma della prenotazione, comporterà la perdita della quota d'iscrizione, salvo che non si provveda a una "autosostituzione".
6. Entro 60 giorni dalla conclusione del corso sarà rilasciato (a chi ne ha fatto richiesta) l'**attestato con riconoscimento dei crediti ECM** assegnati. Il rilascio di tale attestato è **subordinato alla partecipazione al 100% delle ore formative e alla verifica dell'apprendimento dei contenuti del corso.**

data _____ firma _____

MODALITÁ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario intestato a: Matrix Onlus S.c.s., Banca Popolare Etica, Filiale di Firenze, **c/c n°** 108586 **ABI** 1802 **CAB** 8000 **IBAN** IT43 P050 1802 8000 0000 0108 586
In contanti, presso la segreteria organizzativa; **PayPal (**all'indirizzo formazione@coopmatrix.it).
Causale pagamento: "Sonno, salute mentale e donna 2016" + Nome e Cognome"

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Sono consapevole che i miei dati personali saranno trattati a norma del disposto di cui all'art. 13 del d.lgs. 196/2003 (c.d. Testo unico Privacy). I dati da me forniti verranno trattati per finalità contabili e amministrative e per l'ottenimento dei crediti ECM. I dati saranno comunicati alla Segreteria organizzativa del corso, ai docenti, al responsabile dell'evento e al Ministero della Salute. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e informatico. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta la nullità del rapporto. In futuro: desidero essere da voi informato di altre iniziative della vostra Agenzia di Formazione: si no

data _____ firma _____