

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

16-17 settembre 2016  
via De' Ginori 16 Firenze

## Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi del sonno



cognome  nome

nato a (città, provincia, stato)  il

codice fiscale  P.IVA

professione  disciplina

TIPO DI LAVORO  convenzionato  dipendente  libero professionista  privo di occupazione

Isritto/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 "Corso di Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi del sonno e sue applicazioni in associazione con i trattamenti farmacologici", che si svolgerà in via De' Ginori 16 a Firenze, il 16 e 17 settembre 2016 (21 crediti ECM)

La quota di iscrizione, pari a € 200,00 comprende: attestato di partecipazione, materiale scientifico, tutor madrelingua inglese, coffee break, cocktail di benvenuto.

- 1** Il corso si svolgerà a **Firenze in via De' Ginori** 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 **21 crediti formativi ECM**
- 3** L'iscrizione, mediante il presente modulo compilato in ogni sua parte e completo di firma leggibile, deve pervenire **entro il 14.09.2016** 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

### MODALITÀ 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](mailto:formazione@coopmatrix.it)).

**Causale pagamento:** "Corso di Terapia cognitivo comportale del sonno 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