

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI AGGIORNAMENTO:

“CORSO BASE ICF (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH)”
CONEGLIANO, 15 – 16 MAGGIO 2009 C/O “LA NOSTRA FAMIGLIA”

(CREDITI ECM: MEDICO CHIRURGO, FISIOTERAPISTA, LOGOPEDISTA, TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ E.E.,
INFERMIERE, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE;

Da compilare e **restituire entro il 9 MAGGIO** unitamente alla fotocopia del versamento della quota di iscrizione a:

Spett.le
Azienda U.L.S.S. N. 7
Giorgio GRANZOTTO
U.O. MFR Conegliano

la scheda può essere inviata anche via fax al n. 0438/ 663755

- Quota di iscrizione:** € 54 (€45 + i.v.a. 20%) (se pagato direttamente dal partecipante)
- se il pagamento viene effettuato da un ente pubblico è necessario far pervenire la lettera di impegno dell'ente

- Il pagamento della quota di iscrizione deve essere effettuato sul **conto corrente postale n. 14922314** intestato a: “Azienda ULSS 7 – servizio tesoreria –31053 Pieve di Soligo (tv)” E’ obbligatorio indicare nella **causale di versamento: il titolo del corso e il CODICE FISCALE del partecipante (in caso contrario non sarà possibile ritenere valido il versamento)**

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

| | | | |
|--|--|--|----------------|
| Cognome | | Nome | |
| Nato a | | Prov | il |
| Indirizzo | | Città: | Prov: CAP |
| Codice Fiscale | | Tel. | |
| Ordine/Collegio /Associazione | | Provincia Ordine/Collegio/Associazione | |
| Professione | | Disciplina | |
| Profilo professionale attuale ¹ | | Provincia in cui opera prevalentemente | |

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 (codice in materia di protezione dei dati Personali) ai fini del corso e del programma E.C.M. (per i corsi accreditati).

data Firma _____

I dipendenti ulss 7 dovranno acquisire la firma autorizzativi del direttore .u.o.

Si autorizza il suddetto dipendente alla partecipazione al corso in posizione di comando

IL DIRETTORE

Firma _____

NB. POICHE' I POSTI SONO LIMITATI LE ISCRIZIONI SARANNO ACCETTATE IN ORDINE DI ARRIVO

¹ legenda profilo prof.le :1. Dipendente del SSN; 2. Convenzionato SSN; 3. Libero professionista in ambito sanitario; 4. Altro

E DEVONO CONSIDERARSI ACCETTATE SALVO DIVERSA COMUNICAZIONE DELLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA.