



Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione **MU103150 57**

**Scheda iscrizione evento formativo**

**PERSONALE ESTERNO AOUI VERONA**

Rev. 5 del 11.01.2018

Pagina 1 di 1

**ID PROVIDER 39 N. EVENTO 205403**

**TITOLO EVENTO: INTERCETTAZIONE PRECOCE E DIAGNOSI DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**

**DATA dell'evento: 13 e 14 DICEMBRE 2018**

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: gaia.grossrubatscher@gmail.com**

**N. FAX \_\_\_\_\_**

**Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_**

**Codice fiscale \_\_\_\_\_**

**Data \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_**

**Residenza Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_**

**Prov. \_\_\_\_\_ Tel. Cell. \_\_\_\_\_ email. \_\_\_\_\_**

**Ruolo:**  Partecipante  Docente/Relatore  Tutor  Responsabile/Coordinatore attività FSC

**Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_**

**Ordine/Collegio Prof.le \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_**

**Profilo lavorativo attuale**

D = Dipendente  C = Convenzionato  L = Libero professionista  P = Privo di occupazione

**U. O./Servizio di appartenenza \_\_\_\_\_**

**Ente di appartenenza \_\_\_\_\_**

**Provincia in cui opera prevalentemente \_\_\_\_\_**

**Le spese per l'evento sono sostenute da SPONSOR: SI(Nome Sponsor \_\_\_\_\_) NO**

**La fattura per la QUOTA DI ISCRIZIONE, dovrà essere intestata:**

**A: \_\_\_\_\_**

**Indirizzo \_\_\_\_\_**

**Partita IVA \_\_\_\_\_**

- **L'ACQUISIZIONE DEI CREDITI FORMATIVI ECM E' SUBORDINATA a:** 1) compilazione del **questionario di gradimento** ECM 2) superamento del **test di apprendimento** 3) **presenza pari al 90%** del totale delle ore formative
- **Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n°196 del 30/06/2003**, dichiaro di essere informato, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_