

Scheda iscrizione

**L DISTURBO NEUROCOGNITIVO TRA ATTUALITA' E RICERCA – FOCUS SULLE MALATTIE
NEURODEGENERATIVE : APPROCCI FARMACOLOGICI E NON FARMACOLOGICI**
23 MAGGIO 2026

CdR "Domus Padri Trinitari"
C.da Scorzone Bernalda (Mt)
Id Provider: 1956 – Id evento 486909

Inviare via mail: segreteria.formazione@trinitaribasilicata.it
Oggetto: Iscrizione convegno Bernalda 23/5/2026

TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

Libero professionista	L	Dipendente	D	ECM		No ECM	
CREDITI ECM	6						
Albo appartenenza							
Professione							
Specializzazione							

Cognome _____ **Nome** _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ **Luogo di nascita** _____

Via _____

CAP _____ **Città** _____ **Prov** _____

Tel. _____ **Cell.** _____

E-mail _____

EVENTO GRATUITO

Data _____ **Firma** _____

CONDIZIONI GENERALI

1. Modalità di iscrizione.

- L'iscrizione viene considerata completa all'atto del ricevimento, da parte della segreteria della seguente documentazione:
 - a) Scheda d'iscrizione compilata in ogni sua parte e firmata per accettazione delle condizioni generali

2. Facoltà di modifica e cancellazione dell'evento

- Il provider per ragioni organizzative e/o per sopravvenuti impedimenti, si riserva di:
 - annullare il corso
 - rinviare la data di inizio
 - sostituire i docenti
 - modificare gli orari
- Di tali eventuali cambiamenti il Responsabile del corso darà tempestiva comunicazione agli iscritti
- In caso di annullamento o di rinvio, il Provider avviserà gli iscritti entro 5 giorni dalla prevista data di inizio e restituirà - qualora richiesto - entro i successivi 30 giorni la quota di iscrizione, senza ulteriori oneri e responsabilità

3. Impossibilità a partecipare.

- È necessario inviare tempestivamente una **comunicazione scritta** (email) alla segreteria organizzativa del provider.
- **Tempistiche:** La disdetta va inviata prima possibile.

4. Responsabilità dei partecipanti

- I partecipanti sono tenuti a rispettare la normativa interna (firma registri, badge identificativi, ecc.)
- I partecipanti sono responsabili dei danni eventualmente arrecati alla struttura, alle aule, ai supporti didattici, alle attrezzature

5. Attestati

- **Educazione Continua in Medicina**
 - Le professioni che hanno diritto ai crediti ECM sono indicate nel programma del corso.
 - L'acquisizione dei crediti formativi è subordinata a:
 - presenza per il 100% della durata dell'evento
 - superamento delle verifiche di apprendimento
 - compilazione del questionario di valutazione
- **Attestati**
 - Al termine del corso viene rilasciato a tutti i partecipanti un certificato che attesta giorni e crediti acquisiti e/o ore di effettiva presenza
 - Alle professioni sanitarie viene rilasciato esclusivamente l'attestato ECM entro il termine massimo di 90 gg dalla conclusione dell'evento

6. Dichiarazione Reclutamento (Conferenza Stato-Regioni del 02.02.2017: Accordo sul documento La formazione continua nel settore salute, Allegato 1, Art. 80 Reclutamento dei discenti).

Dichiaro

di essere stato reclutato da _____

di non essere stato reclutato e non aver superato il limite di un terzo per l'assolvimento dell'obbligo formativo

di partecipare all'evento tramite reclutamento, non avendo superato il limite prescritto per legge (Conferenza Stato-Regioni del 02.02.2017: Accordo sul documento La formazione continua nel settore salute, Allegato 1, Art. 80 Reclutamento dei discenti).

Firma _____

7. Tutela dei dati personali

- Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n° 196/2003 e del GDPR RU 679/2019, tutti i dati personali forniti saranno trattati per finalità di gestione amministrativa degli eventi formativi.
- I dati potranno essere utilizzati per la creazione di un archivio ai fini della divulgazione di iniziative del provider.
- Il partecipante può, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 della legge (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione al trattamento dei dati, etc.) inviando una richiesta scritta al provider titolare del trattamento.
- La non autorizzazione alla comunicazione dei propri dati agli altri partecipanti il corso ed all'invio di ulteriori comunicazioni da parte del provider può essere comunicata barrando le caselle.

Desidero ricevere ulteriori informazioni da parte del provider

Per accettazione

Data _____

Firma _____



Segreteria Organizzativa

Anna Belsanti

Cell. Matteo Teora - 3421233332

Tel. Anna Belsanti - 0972/34212

E-mail:

segreteria.formazione@trinitaribasilicata.it