



SCHEDA DI ISCRIZIONE

**TRATTARE I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE: CONCETTUALIZZAZIONE E TRATTAMENTO BASATO SU
ATTACCAMENTO E TRAUMA**

21-22 luglio 2023

Sala Congressi - Villa Margherita Vicenza - Via Costacolonna, 6 Arcugnano VI

Il corso sarà accreditato ECM nei giorni 21-22 luglio per le seguenti figure professionali: **medico chirurgo** (area interdisciplinare), **psicologo** (psicologia-psicoterapia), **assistente sanitario, biologo, dietista, educatore professionale, fisioterapista, infermiere, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta occupazionale.**
Inviare il modulo compilato a dca@casadicuravillamargherita.it

Il Sottoscritto Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Recapito telefonico _____

e-mail _____

Codice Fiscale _____

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE PER CREDITI ECM

Professione _____

Specializzazione _____

Ordine/Collegio/Associazione prof.le riconosciuta Co.Ge.Aps di _____

n° iscrizione _____

Ai fini ECM dichiaro di essere un lavoratore:

Dipendente (Ente _____)

Convenzionato

Libero professionista

Privo di occupazione

Dichiaro inoltre di:

di essere reclutato da sponsor (indicare il nome dell'azienda _____)

di non essere reclutato da sponsor

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR e con riferimento ai dati conferiti

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al loro trattamento anche con strumenti informatici nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, esprimendo formale consenso all'inserimento dei dati stessi nella mailing list per ricevere materiale informativo/divulgativo su futuri eventi/iniziative. Dichiaro di essere stato informato che il Titolare del Trattamento è KOS Care s.r.l. e che tutti i dati saranno trattati nel rispetto della citata normativa. Dichiaro infine di essere consapevole che la mancata autorizzazione al trattamento dei dati comporterà l'impossibilità alla partecipazione al presente evento formativo.

Data _____ Firma _____

