



**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**LA CONCETTUALIZZAZIONE E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE BASATO SU  
ATTACCAMENTO, TRAUMA EDISSOCIAZIONE: VALUTAZIONE E TECNICHE DI INTERVENTO**

**23 luglio 2023**

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

Il corso sarà accreditato **ECM** per le seguenti figure professionali: **Medico chirurgo** (area interdisciplinare), **psicologo** (psicologia-psicoterapia) che potranno accedere ai crediti avendo frequentato anche le prime due giornate del 21 e 22 luglio.

**Inviare il modulo compilato a [dca@casadicuravillamargherita.it](mailto: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 \_\_\_\_\_

