

 Form - AUPI SOCIETÀ SCIENTIFICA Associazione Unitaria Psicologi Italiani	SCHEDA DI ISCRIZIONE	Mod. SDI
	Modulistica	

TITOLO CORSO: LA CURA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA			
Luogo di svolgimento: Istituto Camillianum, Largo O. Respighi 6			
DATA: 31/01/2015 – 07/02/2015 - 14 /02/2015			
HO PARTECIPATO PRECEDENTEMENTE AI CORSI ECM FORM-AUPI		☐ SI ☐ NO	
➤ Il numero dei partecipanti è limitato. ➤ Le iscrizioni saranno accettate seguendo l'ordine cronologico di arrivo delle domande. ➤ Le iscrizioni si intendono perfezionate al ricevimento della scheda di iscrizione e della ricevuta dell'avvenuto pagamento che dovranno pervenire per fax al n°06/68803822, almeno dieci giorni prima della data di inizio del corso. Si prega di chiedere conferma dell'arrivo del fax al n. 06/6867536. ➤ Il corso sarà effettuato solo ed esclusivamente al raggiungimento del numero minimo previsto di iscritti..Form-AUPI si riserva di modificare sede, giorno e calendario dei lavori qualora dovessero verificarsi degli imprevisti. ➤ Agli iscritti verrà comunicata la conferma dell'iscrizione raggiunto il numero minimo previsto ed inviato il programma dettagliato del corso. ➤ Il corso sarà effettuato solo ed esclusivamente a raggiungimento del numero minimo di iscritti pari al 75% del numero massimo dei partecipanti previsti per il corso. ➤ I dati personali inviati saranno utilizzati a questo fine, ai fini di ricerca, elaborazione statistica e non utilizzabile da terzi. La cancellazione degli stessi può essere richiesta ai sensi della legge sulla privacy. Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 autorizzo alla pubblicazione dei miei dati personali nell'applicazione ECM			
Cognome * _____		Nome * _____	
Data di nascita * _____		Luogo di nascita * _____ PR _____	
Codice fiscale _____		Email * _____	
Indirizzo di residenza * _____		Città * _____ PR _____ CAP _____	
Tel/casa _____		Tel/lavoro _____ cell. _____	
Titolo di studio * _____		Diploma _____ Laurea _____	
Abilitazione professionale * _____		SI ☐ NO ☐	
Iscrizione ordine * _____		SI ☐ NO ☐ Numero Iscrizione _____ Regione * _____	
Professione * _____		Settore Attività _____	
Dipendente ☐		Convenzionato ☐	
Libero Professionista ☐		Privo di occupazione ☐	
Indirizzo Lavoro _____			
(*campi obbligatori)			
Quota di iscrizione: 200,00			
Pagamento tramite:			
Bonifico bancario intestato a: PROVINCIA ROMANA DELL'ORDINE DEI CHIERICI REGOLARI MINISTRI			
IBAN: IT 92 Z 02008 05008 000400940169			
Modalità di disdetta			
E' attribuito a ciascun partecipante il diritto di recesso ai sensi dell'art. 1378 C.C., che dovrà essere comunicato con disdetta da inviare via Fax al n° 06/68803822 e potrà essere esercitato con le seguenti modalità: Fino a 20 giorni prima dell'inizio del corso, il partecipante potrà recedere senza dovere alcun corrispettivo all'Istituto, che, pertanto, provvederà al rimborso dell'intera quota versata. Oltre il termine di cui sopra e fino al giorno di svolgimento del corso, il partecipante potrà recedere pagando un corrispettivo pari al 50% della quota di iscrizione.			
Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali di Form-AUPI			
Data di compilazione ____/____/____		Firma _____	

Via Arenula 16, 00186 Roma Tel. 066867536-fax: 0668803822
 Sito web: <http://www.aupi.it> E-mail: formaupi@aupi.it