



“Formazione & Consulenza” di Stefano Viciconte

ORGANIZZAZIONE CORSI ECM - MIM

| | | | | |
|--|---------------------------------|---|--|---|
| TITOLO : CORSO PECS 1° LIVELLO | | Programma Nazionale per la Formazione degli operatori della Sanità PROFILI SANITARI | Ente Accreditato MIM adeguato Direttiva 170/16 CARTA DOCENTE | MODALITÀ ONLINE |
| DURATA: 2 Giorni | SEDE DI SVOLGIMENTO | IN PRESENZA CREDITI ECM | IN PRESENZA CERTIFICATO | <u>VERRÀ</u> <u>RILASCIATO</u> |
| DATE DI SVOLGIMENTO Ven. 18 – Sab. 19 Aprile 2025 | VIA BRODOLINI, 2 RIBERA (AG) | 15 Profili Sanitari | 15 ORE MIM - Operatori Socio Educativi - Insegnanti | <u>SOLTANTO</u> <u>IL CERTIFICATO</u> <u>PECS</u> |
| | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Prima di effettuare il pagamento, è opportuno verificare la disponibilità dei posti, presso la Segreteria Organizzativa.

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____

Indirizzo _____ Città _____

Cap _____ Prov _____ Tel _____

Cell _____ E-mail _____

Indirizzo P.E.C. (Posta Elettronica Certificata) _____

Struttura di appartenenza _____ Qualifica Professionale _____

SPECIFICARE GLI ESTREMI DI INTESTAZIONE DELLA FATTURA ELETTRONICA:

Ragione Sociale _____

Sede _____ Città _____

Cap _____ Cod. Fisc. _____

P. IVA _____ Codice Univoco _____

L'iscrizione si effettua inviando alla Segreteria Organizzativa, per posta elettronica o per fax, la scheda di iscrizione, la copia del titolo di studio, la copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale.

- Bonifico Bancario intestato a Stefano Viciconte Ufficio Postale di Calatafimi Segesta (TP) Coordinate
IBAN: IT 09 0 07601 16400 000061552204

Si informa che, ai sensi del **D.Lgs 196/03** e successive modifiche ed integrazioni, i dati personali verranno raccolti dalla Segreteria Organizzativa solo ed esclusivamente per le presenti finalità di iscrizione all'evento e per le necessarie attività correlate e conseguenti. L'interessato ha la facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o la cancellazione dei propri dati rivolgendosi alla Segreteria stessa.

Dò il consenso – Luogo, Data _____

Firma _____

SEGRETERIE ORGANIZZATIVE:

- TEL/FAX: 0924 954566 – CELL 329 1167179 - e-mail: stefanoviciconte@libero.it

DOTTOR LA ROCCA: 377 0975703 – DOTT.SSA MADONIA 320 5343691