DSM
Zona Territoriale n.13
Ascoli Piceno

X GIORNATE PSICHIATRICHE ASCOLANE

5 - 8 MAGGIO 2009
ASCOLI PICENO
PALAZZO DEI CAPITANI DEL POPOLO

L'elogio della follia

# Ufficio Formazione e Aggiornamento

E' obbligatorio compilare tutti i dati ai fini del rilascio dei crediti ECM

COGNOME_____

NOME_____

DATA DI NASCITA_____LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO_____N° CIVICO _____

CAP_____CITTA'_____ PROVINCIA_____

TEL._____FAX_____E-MAIL_____

QUALIFICA PROFESSIONALE_____

DATI DELL'ENTE DI APPARTENENZA _____

_____

Considerato che il corso è a numero chiuso prima di procedere all'iscrizione si prega di telefonare al n. 0736/345514-15 per assicurarsi che ci siano ancora posti disponibili.

Per i dipendenti delle Zone Territoriali dell'ASUR la quota di iscrizione sarà addebitata direttamente sul budget della Formazione della ZT di appartenenza; occorre pertanto far pervenire la richiesta d'iscrizione tramite i propri Uffici Formazione previa autorizzazione all'iscrizione da parte del Direttore del Dipartimento di appartenenza.

Si precisa che per il rilascio dell'attestato ECM è indispensabile la frequenza del 100% delle ore di formazione previste ed il superamento del questionario di apprendimento

D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 – Codice in Materia dei dati Personali
Si autorizza a trattare i dati personali esclusivamente per scopi organizzativi e fiscali.

FIRMA_____

**SPECIFICARE LE GIORNATE CONGRESSUALI A CUI SI INTENDE PARTECIPARE:**

❑ 5 maggio 2009 ❑ 6 maggio 2009 ❑ 7 maggio 2009 ❑ 8 maggio 2009

**PROFESSIONE** (fondamentale per ottenere i crediti ECM)

❑ Psichiatra ❑ Psicologo ❑ Medico di Medicina Generale

❑ Medico Chirurgo di tutte le specialità Cliniche e Chirurgiche

**PARTECIPANTI** (NO ECM)

❑ Specializzando in Psichiatria ❑ Specializzando in Psicoterapia

❑ Infermiere ❑ Educatore ❑ Assistente Sociale ❑ Altra figura professionale

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

La quota di iscrizione va versata sul c/c n° 4738 intestato a: ASUR Marche Zona Territoriale n. 13, Via degli Iris, 1 - 63100 Ascoli Piceno, BANCA DELLE MARCHE AGENZIA N. 2, VIA MENICUCCI, 4/5 ANCONA - ABI 6055, CAB 02600, CIN V - IBAN IT64VO6055026000000000004738
Causale: Convegno Psichiatria 5-8 maggio 2009 - Ascoli Piceno

## LA FATTURA DOVRÀ ESSERE INTESTATA A:

(la fattura sarà inviata all'indirizzo espressamente indicato)

Denominazione/Rag. Sociale/Nome e Cognome

Indirizzo/Sede legale

Città CAP PROV.

Codice Fiscale ( obbligatorio anche se uguale a P.IVA)

Partita IVA

Il sottoscritto _____, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602:

**DICHIARA**

- Di essere consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese;
- Di conoscere che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**DATA**_____**FIRMA**_____

*pagina da inviare via fax