



**TITOLO CORSO: ADOLESCENTI PRESI NELLA RETE: RISCHI, POTENZIALITÀ, REALTÀ VIRTUALI**

**Luogo di svolgimento: AOSTA , sala BCC, via Garibaldi 3**

**DATA: 06/04/2019**

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 che dovrà pervenire per fax al n° 06/68803822 o per mail all'indirizzo [formaupi@aupi.it](mailto:formaupi@aupi.it), almeno venti giorni prima della data di inizio del corso.
- 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 per mail, 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 e all'art. 13 GDPR 679/16 autorizzo all'utilizzo e 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)

**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 o per mail all'indirizzo [formaupi@aupi.it](mailto:formaupi@aupi.it).

Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali di Form-AUPI

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_