

Scheda Adesione Convegno OCCHIO E PSICHE



DA RESTITUIRE COMPILATA ENTRO IL 18/12/2018 ALL'INDIRIZZO EMAIL a.daminato@irecoop.veneto.it

CODICE EVENTO ECM	ECM-22-212837-19	LUOGO E DATA	PADOVA, 09 E 10 MARZO 2019
TITOLO	OCCHIO E PSICHE: APPROCCIO INTEGRATO AI DISTURBI VISIVI		
Personale di riferimento	ALESSIA DAMINATO – a.daminato@irecoop.veneto.it		

IL SOTTOSCRITTO PARTECIPANTE: *(da compilare per tutti i partecipanti al corso, anche i non interessati ai crediti ECM)*

COGNOME E NOME
 LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA
 CODICE FISCALE
 INDIRIZZO n. CAP COMUNE DI RESIDENZA PROV.
 TEL. CELL. E-MAIL

ENTE/AZIENDA DI APPARTENENZA (RAGIONE SOCIALE):
 P.IVA..... CODICE FISCALE
 INDIRIZZO n°
 CAP..... COMUNE..... PROV.....
 TELEFONO..... CELLULARE..... FAX.....
 EMAIL PER FATTURE EMAIL PER COMUNICAZIONI.....
 REFERENTE..... SETTORE.....

LA FATTURA VA INTESATA A: AZIENDA DI APPARTENENZA PARTECIPANTE

(parte da compilare obbligatoriamente solo se interessato a ECM)

PROFILO PROFESSIONALE: TITOLO DI STUDIO
 PROFESSIONE DISCIPLINA
 EVENTUALE ORDINE/COLLEGIO DI ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE
 DELLA PROVINCIA DI **INDIRIZZO PEC**
 INVIATO DA SPONSOR
PROFILO LAVORATIVO ATTUALE: DIPENDENTE DEL SSN LIBERO PROFESSIONISTA IN AMBITO SANITARIO
 CONVEZIONATO DEL SSN SOCIO LAVORATORE DI COOPERATIVA ALTRO (SPECIFICARE)

DICHIARA DI ESSERE STATO INFORMATO SUGLI OBIETTIVI DEL CONVEGNO E DI AVER RICEVUTO IL PROGRAMMA CON INDICAZIONE DEGLI ORARI, DELLA SEDE E DEGLI ARGOMENTI CHE SARANNO SVOLTI. SI IMPEGNA A PARTECIPARE CON REGOLARITÀ ALLE RELAZIONI PREVISTE DAL CALENDARIO SUDDETTO E A SEGNALARE EVENTUALI ASSENZE O IMPEDIMENTI RIVOLGENDOSI TEMPESTIVAMENTE ALLA SEGRETERIA. DICHIARA INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA CHE, PER OGNI ULTERIORE CHIARIMENTO O RECLAMO PRESSO IRECOOP VENETO È POSSIBILE CONTATTARE DIRETTAMENTE LA SEGRETERIA DELL'ENTE PRESSO IL SEGUENTE RECAPITO: IRECOOP VENETO-VIA SAVELLI,128-35129 PADOVA-TEL 0498076143-FAX 0498076136-E-MAIL A.DAMINATO@IRECOOP.VENETO.IT

CON LA PRESENTE SCHEDA DI ADESIONE SI ACCETTANO TUTTE LE **CONDIZIONI CONTRATTUALI** RIPORTATE NELLA ALLEGATA LOCANDINA ALLA QUALE SI FA ESPRESSAMENTE RIFERIMENTO. L'IMPEGNO CONTRATTUALE SARÀ FORMALMENTE PERFEZIONATO CON IL RICEVIMENTO DA PARTE DI IRECOOP VENETO DI COPIA DELL'AVVENUTO PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ADESIONE PREVISTA PER IL CONVEGNO IN OGGETTO.

IL VERSAMENTO DELLA QUOTA DI ADESIONE VA EFFETTUATO **SOLO DOPO CONFERMA DI EFFETTIVO INIZIO** DEL CONVEGNO DA PARTE DI IRECOOP VENETO, ESCLUSIVAMENTE A MEZZO BONIFICO BANCARIO INTESATO A IRECOOP VENETO SU BANCA ETICA, IBAN IT74P0501812101000011155132 CAUSALE: ECM-22-212837-19, NOME, COGNOME E CODICE FISCALE.

Firma

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento nell'**Informativa allegata**, ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo UE 2016/679 (GDPR), presta il suo specifico consenso al trattamento dei dati personali per le seguenti finalità:

FINALITÀ	PRESTO IL CONSENSO	NEGO IL CONSENSO
a. Adesione a servizi di consulenza, partecipazione a corsi, eventi formativi e informativi finanziati e non.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Servizi al lavoro, quale Ente accreditato dalla Regione Veneto, finalizzati alla riqualificazione o al ricollocamento lavorativo, tra i quali il servizio per l'attivazione di tirocini di inserimento o reinserimento lavorativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ricerca e selezione risorse umane da inserire nell'organico di Irecoop Veneto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Attività promozionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei servizi resi e sull'attività svolta da Irecoop Veneto, e/o ricerche di approfondimento tematico eseguite mediante interviste personali, questionari, sondaggi etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Luogo Data

Nome Cognome

Firma leggibile