



## #SDE CORSI RESILIENCE

28 crediti ECM numero 30 partecipanti

## STRESS APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE e LA SINDROME DISADATTAMENTO (GENERALE E LOCALE)

inviare via e-mail a [martellimonica@pec.wascorporation.it](mailto:martellimonica@pec.wascorporation.it) o contattare la segreteria organizzativa informazioni ,segreteria, iscrizioni la Signora Raffaella Pignatti 33463386885 / fax 059210516 <http://www.sportellodisadattamento.eu/contact.html>  
Compilare TUTTI i campi del modulo in STAMPATELLO

Cognome e nome		professione	specializzazione
Nato a provincia	in data	codice fiscale	n° iscrizione albo
Residente a (città e provincia)		via n. civico	cap.
Cellulare	tel. Fisso fax	mail @	

### ESTREMI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE:

Ragione sociale azienda / ditta / ente			
con sede a (città e provincia) via n. civico cap.			
Tel. Fisso	fax	mail @	
Partita iva Referente per la fatturazione (nome e cognome)			

**QUOTE D'ISCRIZIONE (barrare con una X)** Quota di iscrizione **550,00+iva**

Il partecipante è:

Dichiaro ai sensi dell' art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 di essere in possesso dei requisiti specificati nel programma del corso

**Modalità di pagamento:** indicare con una X la forma di pagamento scelta)

accreditato su c/c bancario **Dental Campus srl Banca delle Marche Filiale 319 – Castelferretti IBAN: IT84 R 06055 37351 00000002258**

Ente Pubblico (esente iva) con pagamento a 30 gg dal ricevimento fattura

La quota di iscrizione comprende: partecipazione al corso con materiale didattico, esecuzione prova pratica, Attestato e servizi vari come previsti dal programma del corso. Firmando la presente si dichiara di aver preso visione e di accettare le informazioni generali, il programma, le modalità organizzative del corso in oggetto. **L'iscrizione è effettiva esclusivamente ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione del corso. SDE si riserva la facoltà, per cause non dipendenti dalla propria volontà, di annullare o modificare le date del corso dandone tempestiva comunicazione. Nel caso di annullamento verrà restituita l'intera quota versata.** Le iscrizioni vengono raccolte in ordine cronologico. Il corso è a numero chiuso. Massimo 30 partecipanti. **Non verranno prese in considerazione schede di iscrizione incomplete.** In caso di mancata partecipazione al corso, con preavviso superiore ai 5 giorni lavorativi, tratterrà e fatturerà il 50 % della quota di iscrizione versata. Diversamente, in caso di mancata partecipazione al corso senza il preavviso di almeno 5 giorni lavorativi si tratterrà e fatturerà l'intera quota di iscrizione versata.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS N. 196 DEL 30/06/03

Autorizziamo ad inserire i presenti dati personali nella propria banca dati onde consentire il regolare svolgimento del rapporto contrattuale, per assolvere ad obblighi di natura contabile, civilistica e fiscale, per effettuare operazioni connesse alla formazione e all'organizzazione interna (registrazione partecipanti, accoglienza e assistenza, orientamento didattico, rilascio attestato e libretto curriculum), per favorire tempestive segnalazioni inerenti ai servizi e alle iniziative di formazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

