FARE e PENSARE in MONTAGNATERAPIA

Sentieri di Salute IV Convegno Nazionale

CUNEO 9/10/11 ottobre 2014

inviare entro il 20 settembre 2014 a:
S.C. Servizio per le dipendenze patologiche (SER.T)
Sig.ra Crepaldi Maria Luisa
marialuisa.crepaldi@aslcn1.it • fax: 0174 676179

NOME _____ COGNOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____ P.IVA _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ CAP _____ PROV. _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

PROFESSIONE _____

AZIENDA DI APPARTENENZA _____

CHIEDE DI PARTECIPARE alla/e giornata/e e alle relative sessioni parallele:

☐ **"SENTIERI DI SALUTE" - Giovedì 9 e Venerdì 10 ottobre 2014 ore 8:30 - 18:00**

Sessione parallela (mettere la crocetta per un massimo di 2 sessioni: indicare con 1 la prima scelta e con 2 la seconda)

- ☐ **Salute Mentale** (Sala A): coordinano Dr. Carpineta e Dr.ssa Lanfranchi
- ☐ **Dipendenze** (Sala B): coordinano Dr.ssa Sabbion e Dr.ssa Giordanengo
- ☐ **Disabilità e handicap** (Sala C): coordinano Dr. Morpurgo e Dr. Riccardi
- ☐ **Promozione della salute e prevenzione** (Sala D): coordinano Dr.ssa Gallinari, Dr. Frugoni e Dr. Caputo

☐ **"ESCURSIONE nel Parco Alpi Marittime e Marguareis" - Sabato 11 ottobre 2014 ore 10:00 - 13:00**

La quota di iscrizione è di 25 euro (+ IVA se dovuta)**. Il pagamento sarà effettuato a ricevimento fattura da intestare a:**

☐ **PARTECIPANTE** *(dati da riportare in fattura se diversi da quelli sopra indicati)*

INTESTAZIONE_____ INDIRIZZO _____

CODICE FISCALE _____ P.IVA _____

☐ **AZIENDA DI APPARTENENZA** *(allegare impegno di spesa dell'Azienda)*

INTESTAZIONE_____ INDIRIZZO _____

CODICE FISCALE _____ P.IVA _____

SI IMPEGNA

- a rispettare l'orario del corso
- a garantire la presenza al corso nella misura del 100% delle ore previste nei giorni di Giovedì 9 e Venerdì 10 ottobre 2014
- ad effettuare la valutazione dell'apprendimento.

Verrà rilasciato l'attestato crediti ECM previo superamento della valutazione finale nella misura dei 4/5 delle risposte esatte.
In caso di mancata partecipazione la quota di iscrizione non potrà essere rimborsata.

L'interessato, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 Dlgs 30/06/03 n 196 successive modificazioni ed integrazioni, conferisce il proprio consenso al trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali che lo riguardano nei limiti delle finalità istituzionali dell'ASL CN1, nell'ambito dell'educazione dei professionisti della Sanità dichiarando nel contempo di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall'art. 7 del citato decreto legislativo.

Data _____ **Firma del richiedente** _____

REGIONE PIEMONTE

una sanità in salute fa bene a tutti

A.S.L. CN1
Azienda Sanitaria Locale di Cuneo, Mondovì e Savigliano

rwcomunicazione.it