



Consiglio regionale della Calabria

Croce Rossa Italiana  
Comitato Regionale Calabria

# Corso UMANIZZAZIONE DELLE CURE 2024

**31 GENNAIO - 1 FEBBRAIO 2024****Sala Convegni Casa delle Culture - Palazzo della Provincia - Catanzaro****Presidente: Dott. P. Masciari - Responsabile Scientifico: Dott.ssa C. Custo**

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

**Modalità di Iscrizione:** Per iscriversi è necessario compilare la scheda di iscrizione e inviare la copia del pagamento effettuato sul conto corrente intestato alla Segreteria Organizzativa e Provider **Present&Future Srls - Banca Intesa San Paolo IBAN: IT37 U030 6904 4041 0000 0002 128 Causale "Corso Umanizzazione delle Cure 2024"**

**Quota di partecipazione: € 30,00 + IVA**

È prevista la partecipazione di n° 100 Figure Professionali.

All'evento sono stati attribuiti n. **15 Crediti Formativi (Provider n. 6146 - ID 405949)** per la Figura Professionale di: **Medico Chirurgo** (tutte le figure) - **Tecnico Sanitario di Radiologia Medica** - **Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico** - **Terapista Occupazionale** - **Psicologo** - **Assistente Sanitario** - **Fisioterapista** - **Educatore Professionale** - **Infermiere**

**L'evento è accreditato per gli Assistenti Sociali: Crediti Formativi assegnati n. 15 di cui n. 4 deontologici**

Per informazioni contattare la Segreteria Organizzativa al n. 0961.744565 o tramite email: [daniela@presentfuture.it](mailto:daniela@presentfuture.it)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Specializzazione \_\_\_\_\_

Ente di Appartenenza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### DATI PER FATTURAZIONE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

C.F./P. IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Codice Univoco \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Eventuali Esenzioni a Titolo di Legge \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti del D.L. 196/2003 e sue integrazioni, il/la sottoscritto/a autorizza il trasferimento dei propri dati personali al Ministero della Salute allo scopo di poter partecipare al Programma di accreditamento ed aggiornamento professionale previsto dalla legge. Autorizza, inoltre, la Present&FutureS.r.l.s al trattamento dei propri dati ai fini unicamente inerenti le attività di aggiornamento. I dati saranno utilizzati unicamente per gli scopi indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_