

**SCHEDA ISCRIZIONE****LA RECOVERY DEI CASI IMPOSSIBILI IN PSICHIATRIA - SEMINARI PSICHIATRIA 2019**

1° incontro 21 Marzo 2019	La recovery per pazienti con provvedimenti giudiziari
2° incontro 18 aprile 2019	Le esperienze di reinserimento lavorativo in strutture riabilitative
3° incontro 23 maggio 2019	La ricostruzione della rete familiare
4° incontro 13 giugno 2019	La recovery nei pazienti in comorbidità

**DATI PERSONALI**

Cognome: _____ Nome: _____
 Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____
 Prov.: _____ Cod. Fisc.: _____
 Indirizzo: _____
 Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____
 Indirizzo mail: _____ Tel/Cell: _____

**ATTIVITA' PROFESSIONALE**

Professione: _____ Disciplina (*medici, farmacisti, psicologi*) _____
 Reparto/U.O.: _____ *Reparto/U.O. di assegnazione per esteso*

Recapito Azienda Sanitaria/Azienda Ospedaliera/Ente

Nome Ente _____
 Indirizzo: _____
 Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____
 Tel. aziendale: _____ mail aziendale: _____

PER I DIPENDENTI ASST RHODENSE

E' stata richiesta autorizzazione al Responsabile/Coordinatore:

no

si

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE e CONFERMA (esterni):

L'iscrizione è gratuita e si intende confermata al ricevimento da parte della segreteria organizzativa della scheda di iscrizione compilata in ogni parte e inviata all'indirizzo mail segnalato nella pagina web del corso.

CONFERMA ISCRIZIONE (solo per i dipendenti 'ASST RHODENSE'):

Dopo sette giorni dall'iscrizione è possibile controllarne l'avvenuta registrazione sul portale 'My Aliseo', collegandosi alla pagina personale, menù Consultazioni/Visualizzazioni corsi seguiti/selezione anno. L'iscrizione si intende accettata quando compare il titolo dell'evento e la dicitura partecipante.

"Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27/04/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali AUTORIZZO il personale operante presso l'ASST, ciascuno per la propria parte di competenza, al trattamento dei miei dati personali, con mezzi elettronici/cartacei, per le registrazioni relative all'iniziativa formativa sopra indicata ed alle iniziative formative in seguito promosse, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, consapevole che un mio eventuale rifiuto sarebbe causa di impedimento per l'ASST di perseguire le finalità sopra citate."

Data

Firma

Al termine della compilazione salvare il modulo con il proprio nome e cognome e inviarlo allegandolo alla mail indicata, riportando esattamente in oggetto il titolo dell'evento al quale intendete partecipare.