



**XXXV CONGRESSO NAZIONALE A.I.M.M.F.
CAGLIARI, 28/29 OTTOBRE 2016 - SEMINARIO ARCIVESCOVILE**

(stampare, compilare e inviare via e-mail ai recapiti sopra indicati)

Cognome:				Nome:											
Luogo nascita:				Prov.:			Stato:			Data nascita:					
Codice Fiscale															
Indirizzo:															
CAP:		Città:										Prov.:			
Telefono:								Cellulare:							
Indirizzo e-mail:															

Se diversi, indicare i dati per la fatturazione:

Ragione Sociale:										P.IVA					
Indirizzo															
CAP:		Città:										Prov.:			

CHIEDO DI ESSERE ISCRITTO AL "XXXV CONGRESSO NAZIONALE A.I.M.M.F." IN QUALITA' DI:

<input type="checkbox"/> ASSISTENTE SOCIALE <input type="checkbox"/> Occupato <input type="checkbox"/> Disoccupato (contattare segreteria organizzativa)										<input type="checkbox"/> ALTRO: SPECIFICARE _____					
<input type="checkbox"/> GIUDICE ONORARIO															
<input type="checkbox"/> AVVOCATO – FORO DI _____															
<input type="checkbox"/> MAGISTRATO															

SEZIONE E.C.M. (EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA)

<input type="checkbox"/> MEDICO CHIRURGO										MEDICO CHIRURGO DISCIPLINA: <input type="checkbox"/> PEDIATRIA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA <input type="checkbox"/> PSICHIATRIA <input type="checkbox"/> PSICOTERAPIA <input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRI INFANTILI <input type="checkbox"/> MEDICINA DI COMUNITA'						N.B. L'ECM È PREVISTA OLTRE AL GIORNO 28/10 PER IL GIORNO 29/10 NEL TERZO GRUPPO DI LAVORO DAL TITOLO "MINORI IN PREGIUDIZIO E VITTIME DI MALTRATTAMENTO: SERVIZI E SOSTEGNO DURANTE E DOPO IL PROCESSO"					
<input type="checkbox"/> PSICOLOGO																					

Quota di iscrizione	Soci A.I.M.M.F.	€ 35,00 iva incl.
	Non Soci A.I.M.M.F.	€ 70,00 iva incl.

L'ISCRIZIONE COMPRENDE: PARTECIPAZIONE AI LAVORI, KIT CONGRESSUALE, CREDITI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PER GLI AVENTI DIRITTO, COFFEE BREAK COME DA PROGRAMMA, LIGHT LUNCH DEL 28 OTTOBRE, LIGHT LUNCH 29 OTTOBRE ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE.

Dinner Party 28 ottobre (€ 55,00 pp su prenotazione) **si** **no**

Lunch 29 ottobre (incluso nell'iscrizione ma su prenotazione) **si** **no**

GRUPPI DI LAVORO 29 OTTOBRE 2016 (SPECIFICARE A QUALE GRUPPO SI INTENDE PARTECIPARE)

<input type="checkbox"/> SERVIZI E TRIBUNALI NELL'INCLUSIONE DEI MINORI STRANIERI <input type="checkbox"/> SERVIZI E PROCURA PRIMA DEL PROCESSO: LA FASE PRE – PROCESSUALE <input type="checkbox"/> MINORI IN PREGIUDIZIO E VITTIME DI MALTRATTAMENTO: SERVIZI E SOSTEGNO DURANTE E DOPO IL PROCESSO <input type="checkbox"/> I SERVIZI NEL PROCESSO PENALE <input type="checkbox"/> IL COMPLETAMENTO DEL PROGETTO DI AIUTO: IL LAVORO EDUCATIVO NELLE COMUNITA' IN VISTA DEL PROGETTO DI INCLUSIONE SOCIALE															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[] Allego ricevuta di versamento tramite Bonifico Bancario di € __,00
quale pagamento per N. __ iscrizione e N. __ partecipanti al Dinner Party.

MODALITÀ E CONDIZIONI

- L'iscrizione si intende confermata solo se è accompagnata, entro il 23 OTTOBRE 2016, dall'attestazione dell'avvenuto pagamento della rata di iscrizione. Le iscrizioni saranno accettate per ordine di arrivo, per cui si consiglia di accertarsi della disponibilità di posti prima di effettuare il versamento. Qualora il numero degli iscritti previsti si raggiunga prima della data di scadenza, le iscrizioni si chiuderanno anticipatamente.
- È previsto un rimborso del 80% sulle quote versate, per cancellazioni pervenute per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro il 10 ottobre 2016. Dopo tale data non verrà riconosciuto alcun rimborso. I rimborsi verranno effettuati dopo la chiusura del Corso.

Condizioni di pagamento

bonifico bancario intestato a MetaSardinia srls (PI/CF 03479130928) - Via dell'Abbazia 33 - 09129 Cagliari -

Banca Intesa sede di Cagliari ang. Via Tuveri - **IBAN IT12V030690485610000001196**; causale pagamento: "Iscrizione Aimmf 2016 + Nome e Cognome"

Trattamento dei dati:

Sono consapevole che i miei dati personali saranno trattati a norma del disposto di cui all'art. 13 del D Lgs. 196/2003 (c.d. Testo unico Privacy). I dati da me forniti verranno trattati per finalità contabili e amministrative e per l'ottenimento dei crediti formativi. I dati saranno comunicati alla Segreteria organizzativa del corso, ai docenti, al responsabile dell'evento e al Ministero della Salute. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e informatico. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta la nullità del rapporto.

Per accettazione: Data _____ **Firma** _____