

# 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 \_\_\_\_\_

