Ente Morale "Provincia della Natività BMV-O.SS.T" - Sede operativa di Gagliano del Capo (Lecce)

Presidio di Riabilitazione "Casa Madre del Buon Rimedio" Gagliano del Capo
Centro Terapeutico Riabilitativo per l'Autismo – San Dana –
Centro Diurno Psichiatrico "Orizzonti Nuovi" Gagliano del Capo
RSA Disabili "San Giovanni De Matha" Gagliano del Capo
RSA Disabili (ex CSR art.57) "Mons. G. Di Donna" Castrignano del Capo

Provider ECM Id 1956 – Evento n° 476254
CREDITI ECM n°13

SCHEDA ISCRIZIONE EVENTO RESIDENZIALE ECM DEL 27-28 MARZO 2026

TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI (*Si raccomanda di compilare in maniera CHIARA e LEGGIBILE)*

DESTINATARI EVENTO:

Medici: □ Psichiatra □ Neuropsichiatra Infantile □ Neurologo □ Fisiatra □ Pediatra
Psicologi: □ Psicologo □ Psicoterapeuta □ **Logopedista** □ **Fisioterapista** □ **TNPEE** (compreso elenco esaur.)
□ **Educatore professionale** (compreso elenco esaur.) □ **Terapista Occupazionale** □ **Tecnico Riabilitazione Psichiatrica**
□ **Infermiere** □ **Pedagogista** □ **Insegnante**

Cognome		**Nome**	
Codice Fiscale			
Data di nascita		**Luogo di nascita**	
Residente in		**CAP**	**PROV**
Via		**Tel.**	
E-mail			
Professione			

□ **DIPENDENTE** □ **LIBERO PROFESSIONISTA**

Iscrizione Ordine Prof.le: Regione _____Provincia _____n°_____

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALL'EVENTO RESIDENZIALE N°476254 DAL TITOLO:

LE NUOVE TECNOLOGIE IN RIABILITAZIONE PEDIATRICA

CONTRIBUTO DI PARTECIPAZIONE:

□ Partecipante esterno con crediti **€. 75,00**
□ Partecipante esterno senza crediti **€. 60,00**
□ Partecipante interno con crediti **€. 50.00**
□ Partecipante interno senza crediti **€. 40,00**

BANCA SELLA S.P.A. IBAN IT 67 J 03268 79550 05273 434 4322
Intestare a: **PROVINCIA DELLA NATIVITA DELLA BEATA MARIA VERGINE ORDINE S TRINITA**

Per iscriversi è necessario compilare la scheda di iscrizione e la dichiarazione di reclutamento disponibili presso l'Ufficio Accoglienza del Presidio di Riabilitazione, sul sito www.trinitarigagliano.it (sezione Formazione-Corsi ECM) oppure possono essere richieste per e-mail: **formazione@trinitarigagliano.it**

entro sabato 21 marzo 2026 e comunque sino ad esaurimento posti.

Scheda di iscrizione, dichiarazione di reclutamento e ricevuta bonifico possono essere **consegnate** presso l'Ufficio formazione e/o **"imbucate"** nella cassetta posta all'ingresso del Presidio di Riabilitazione e/o **inviate** per e-mail.

Data _____ Firma _____

CONDIZIONI GENERALI

1. Modalità di iscrizione.

- L'iscrizione viene considerata completa all'atto del ricevimento, da parte della segreteria della seguente documentazione:
  a) Scheda d'iscrizione compilata in ogni sua parte e firmata per accettazione delle condizioni generali

2. Facoltà di modifica e cancellazione dell'evento

- Il provider per ragioni organizzative e/o per sopravvenuti impedimenti, si riserva di:
  - annullare l'evento
  - rinviare la data di inizio
  - sostituire i docenti
  - modificare gli orari
- Di tali eventuali cambiamenti il Responsabile Scientifico dell'evento darà tempestiva comunicazione agli iscritti

3. Responsabilità dei partecipanti

- I partecipanti sono tenuti a rispettare la normativa interna (firma registro presenza, consegna questionario verifica apprendimento e soddisfazione ECM, ecc.)
- I partecipanti sono responsabili dei danni eventualmente arrecati alla struttura, alle aule, ai supporti didattici, alle attrezzature

4. Attestati

- **Educazione Continua in Medicina**
  - Le professioni che hanno diritto ai crediti ECM sono indicate nel programma dell'evento.
  - L'acquisizione dei crediti formativi è subordinata a:
    - presenza per il 100% della durata dell'evento
    - superamento della verifica di apprendimento
    - compilazione del questionario di valutazione dell'apprendimento e di soddisfazione ECM
    - compilazione del questionario di soddisfazione ECM e della Provincia
- **Attestati**
  - Al termine del corso viene rilasciato a tutti i partecipanti un certificato che attesta giorni e crediti acquisiti e/o ore di effettiva presenza
  - Alle professioni sanitarie viene rilasciato esclusivamente l'attestato ECM entro il termine massimo di 90 gg dalla conclusione dell'evento

8. Tutela dei dati personali

- Ai sensi dell'art. **13 del D.lgs. n° 196/2003 e del GDPR RU 679/2019**, tutti i dati personali forniti saranno trattati per finalità di gestione amministrativa degli eventi formativi.
- I dati potranno essere utilizzati per la creazione di un archivio ai fini della divulgazione di iniziative del provider.
- Il partecipante può, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 della legge (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione di legge, opposizione al trattamento dei dati, etc.) inviando una richiesta scritta al provider titolare del trattamento.
- La non autorizzazione alla comunicazione dei propri dati agli altri partecipanti il corso ed all'invio di ulteriori comunicazioni da parte del provider può essere comunicata barrando le caselle.

Autorizzo al trattamento dei dati personali	**SI**	**NO**
Desidero ricevere ulteriori informazioni da parte del provider	**SI**	**NO**

Per accettazione

Data	**Firma**

Provider ID 1956

RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVE:

Responsabile Scientifico:
D.ssa Maria Grazia De Iaco –Direttore Medico Presidio-

Segreteria tecnico - organizzativa
D.ssa Donatella Colaci

Telefono: 0833/797243

E-mail:
formazione@trinitarigagliano.it

www.trinitarigagliano.it