Organizzato da: In collaborazione con:

Ministero della Giustizia
DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE
Centro Giustizia Minorile per la Toscana e Umbria

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE
SCIFOPSI
DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE E PSICOLOGIA

Osservatorio Nazionale Abusi Psicologici
O.N.A.P.®

SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

Ordine Assistenti Sociali
Consiglio Regionale della Toscana

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE
Scuola di Studi Umanistici e della Formazione

Scheda di Iscrizione

Progetto Koinonia "Il Burn-out"

Anno 2016

*Si prega di compilare (in STAMPATELLO) ed inviare **entro e non oltre** il 30 marzo 2016:*

via e-mail a **info@onap-italia.org**

oppure al Fax **055 49 61 61**

Il sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente in _____ Cap _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Telefono _____ Fax _____ Cellulare _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | E-Mail _____

Tipo di Laurea _____

Professione _____

Iscritto alla facoltà di: _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A AL CORSO DI FORMAZIONE

Consapevole che dovrò frequentate tutto il corso; nel caso contrario non mi verrà rilasciato il previsto Attestato.

Chiedo di essere iscritto/a al:

- ○ I Corso CF
- ○ I Corso ECM
- ○ II corso CF
- ○ II Corso ECM

Data _____ Firma _____

AUTORIZZAZIONE

Con la sottoscrizione della presente richiesta autorizzo tacitamente l'Osservatorio Nazionale Abusi Psicologici alla conservazione e all'utilizzo dei dati personali in riferimento alla legge 196/03, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, con la facoltà di richiedere al rappresentante legale di suddetta associazione la rettifica o la cancellazione dei dati medesimi in qualsiasi momento.

Data _____ Firma _____