



Scuola di **F**Ormazione **C**ontinua **U**niversitaria in **S**anità
 Ente NO PROFIT fondato dall'ASP di Cosenza e dall'Università della Calabria
 Accreditato Regione Calabria Decreto n.1168 del 03/02/2012

MODULO DI PRE-ADESIONE

Corso di preparazione di 40 ore per esame di **ESPERTO QUALIFICATO DI 1°GRADO**

Per info: E-MAIL focus.formazione@gmail.com TEL: 0984 893810 oppure 328 2966666

NOME _____ COGNOME _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____

TEL. * _____ FAX _____ E-MAIL* _____

CODICE FISCALE _____ P.IVA _____

PROFESSIONE _____ ISCRIZIONE ORDINE _____

Il presente modulo di adesione rappresenta una **disponibilità** all'iscrizione al **Corso di preparazione di 40 ore per esame di ESPERTO QUALIFICATO DI 1°GRADO** e **non vincola** in alcun modo il soggetto firmatario. Il corso in oggetto è previsto per settembre 2013. Per un corretto svolgimento delle operazioni organizzative e per la programmazione delle attività didattiche (**IL CORSO E' A NUMERO CHIUSO**), si prega di inviare il presente modulo al più presto.

La quota di iscrizione è di **euro 900,00*IVA.** A seguito di conferma di accettazione dell'iscrizione, da parte della Scuola FOCUS, è necessario che venga formalizzata l'iscrizione con versamento della quota tramite bonifico o assegno entro la data che verrà comunicata pena la decadenza dell'iscrizione.

Si prega di inviare la presente, opportunamente compilata in ogni sua parte, al n. di fax **0984 893810** oppure via e-mail all'indirizzo focus.formazione@gmail.com

*Per maggiori informazioni si prega di contattare la Segreteria Organizzativa prima di inviare il modulo di pre-adesione.

DATA _____

FIRMA _____

Ai sensi della L.31 dicembre 1996 N°675, si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso i terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione dei Congressi. I Suoi dati verranno utilizzati, qualora sottoscriva il modulo di iscrizione, per l'espletamento delle procedure di iscrizione. Anche nel caso in cui Lei non sottoscriva il presente modulo, i Suoi dati potranno essere utilizzati per l'invio di materiale scientifico relativo a Convegni e Congressi, fermo restando, in ogni caso, il Suo diritto di opporsi a tale trattamento.

DATA _____

FIRMA _____

INFO

UNICAL CentroSanitario Via P. Bucci – Arcavacata di Rende (CS) T. 0984 496216 /Fax 496203
ASP Cosenza Ingegneria Clinica Via Milelli n.19 INFOTEL. 0984 893810 / 328 2966666
 CF 98087260786 e-mail focus.formazione@gmail.com