**COSA CI DICONO I BAMBINI E I RAGAZZI CON I LORO SINTOMI?**

*Un approccio psicoanalitico alla comprensione di alcuni segnali che preoccupano genitori e operatori.*

**Date dell’evento :** sabato 26 gennaio 2019 **N° evento attribuito dalla Regione: RES 70-217729**

09 marzo 2019

06 aprile 2019 **Sede dei Seminari**: Sala dei Laneri,

11 maggio 2019 Santa Croce 131 Venezia

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**compilare la presente scheda in tutti i suoi campi e di inviarla all’indirizzo e-mail:**

[**centrodiconsultazionegba@yahoo.it**](mailto:centrodiconsultazionegba@yahoo.it)

**Dati personali del partecipante**

Cognome.........................................................Nome ......................................................................

Luogo e data di nascita………………………………………………………………………………………………………………..

Laurea: □Medicina □Psicologia Specializzazione: □Psichiatria □NPI □Psicoterapia

Professione: □Psichiatra □NPI □Psicoterapeuta □ Altro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale....................................................................................................................................

Città di residenza .......................................................................Provincia…………….…CAP.................

Via................................................................................... Tel..........................................................

Cell.............................................................. e-mail.............................................................................

**Posizione lavorativa**

□ Dipendente del SSN □ Libero professionista

□ Convenzionato del SSN □ Altro (specificare)…………………………………………

**Ruolo all’evento**

□ Partecipante □ Docente □ Tutor □ Relatore □ Responsabile Scientifico

□ Specializzando (Scuola …………………………………………………………)

□ Tirocinante post-lauream (Facoltà ………….……………………..Servizio ……..……….……………)

**Richiesta Crediti ECM:** SÌ □ NO □

**Dati per Intestazione ricevuta o fattura di pagamento:**

Cognome..............................................................................Nome.....................................................................

P. IVA......................................................................... C.F…………………………………………………….............................

Via……………………………………………………………………………Città………………...............................................................

Provincia…………………………………………………………..…….CAP..................................................................................

INDIRIZZO PEC (alternativo al codice destinatario…………………………………………………………………………………………

CODICE DESTINATARIO (alternativa all’indirizzo Pec)……………………………………………………………………………………

*se la fattura va intestata all’Ente per cui si lavora inserire:*

Ente/ragione sociale…………………………………………………………………………………………………………….……….

P. IVA......................................................................... C.F……………………………………………………............................

Via……………………………………………………………………………Città………………...............................................................

Provincia…………………………………………………………..…….CAP..................................................................................Mail...........................................................................................

**Sezione Trattamento dati D.Lgs. 196/03:**

1. *I dati sopra riportati saranno utilizzati ai soli scopi di segreteria e amministrativi legati alla rendicontazione delle attività formative in oggetto. ll trattamento dei dati personali viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. 196/2003 e del GDPR 2016/679 sulla tutela dei dati personali per tutti gli adempimenti legati alla gestione della segreteria dell’evento. Tutti i dati rimarranno archiviati nel database del* ***Centro di Consultazione per Genitori, Bambini e Adolescenti, con sede legale in Cannaregio 1322/B, 30121 Venezia*** *e saranno utilizzati per l’invio di materiale informativo e aggiornamenti relativi alle attività in oggetto*. *E’ esclusa ogni forma di cessione dei dati per scopi commerciali o pubblicitari.*

*Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR 2016/679*

**Acconsento all’inserimento dei dati nel database: SÌ □ NO □**

1. ***L’evento risulta accreditato, con incarico ad ASVEGRA provider in qualità di soggetto deputato alla gestione del processo di accreditamento.***

*ll trattamento dei dati personali viene effettuato da tale soggetto nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. 196/2003 e dall’ art.13 GDPR 679/16 sulla tutela dei dati personali per tutti gli adempimenti inerenti le procedure necessarie per l’attribuzione dei crediti ECM. I dati saranno utilizzati solo ed esclusivamente ai fini delle necessità organizzative, amministrative e contabili del corso, mediante trattamento elettronico e/o manuale. Il titolare del trattamento dei dati è* ***ASVEGRA Provider con sede legale in via Santa Lucia, 42 – 35139 Padova.***

*Ai sensi dell’Art. 11 del D.Lgs. 196 “Modalità del trattamento e requisiti dei dati”, La informiamo che i dati personali da Lei forniti potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra citata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività di ASVEGRA. In particolare tali dati potranno essere raccolti su supporto cartaceo, registrati su supporti elettronici, estratti e riprodotti per l'invio di comunicazioni alla Regione, comunicati alla Sede e ivi custoditi. In relazione al trattamento dei Suoi dati personali Ella potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 7, 8, 9 e 10 del suddetto Decreto.*

*L’attribuzione dei crediti ECM previsti sarà legata a: superamento della prova di apprendimento, correttezza dei dati anagrafici e professionali inviati alla segreteria e l’appartenenza ad una delle professioni per le quali è previsto l’accreditamento.*

**Acconsento all’utilizzo dei dati da parte di ASVEGRA PROVIDER: SÌ □ NO □**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Programma completo del Congresso**: centrodiconsultazionegba@yahoo.it e www.asvegra.it

**Segreteria organizzativa**: Centro di Consultazione GBA,

041-718374 (segr. tel)

[centrodiconsultazionegba@yahoo.it](mailto:centrodiconsultazionegba@yahoo.it)

*o Antonella Mallus 3386524209*

[a.mallus@alice.it](mailto:a.mallus@alice.it)

**Segreteria Provider Asvegra**: segreteria.provider@asvegra.it