**SCHEDA ISCRIZIONE**

TITOLO EVENTO: ALZHEIMER E DEMENZE: YES WE CARE!

COGNOME E NOME: …………………………………………….…………………………………………......………………

TEL/CELL ………………………………........................ EMAIL ……...............…….……......…..…………………

**Mi interessa il corso in quanto (porre una “x”):**

|  |  |
| --- | --- |
| Familiare |   |
| Assistente Familiare |   |
| Educatori professionali  |   |
| Altro (si prega di specificare)  |   |

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Prenoto la mia partecipazione ai moduli di (porre una “x”):**

|  |  |
| --- | --- |
| **GIOVEDI' 6 OTTOBRE 2016 - ore 18,30"Inquadramento nosologico e possibili trattamenti farmacologici delle demenze"** - Dott. P. Piersante (Neurologo) |   |
|   |
| **GIOVEDI' 27 OTTOBRE 2016 - ore 18,30"Psicodinamica dell'assistenza alle demenze"**- Dott.ssa L.Nave (Psicoterapeuta) |   |
|   |
| **GIOVEDI' 17 NOVEMBRE 2016 -ore 18,30"Interventi psicosociali come terapia nella demenza-Incontriamo l'approccio capacitante"**- Dott.ssa D.Basso (Psicoterapeuta) |   |
|   |
| **GIOVEDI' 01 dicembre 2016 - ore 18,30"La tutela legale del malato di demenza"** -Avv. De Marco **"Il sistema dei servizi territoriali"**- Ass. Sociale |   |
|   |

INFORMATIVA SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI - DECRETO LEGISLATIVO N.196/2003 EnAIP FVG informa che i dati personali forniti per la partecipazione alle iniziative formative verranno trattati nel rispetto della normativa e secondo principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza e dei diritti previsti. I dati saranno trattati manualmente e/o con l’ausilio di mezzi elettronici, garantendone la conservazione in ambienti di cui è controllato l’accesso. Il conferimento di tali dati è presupposto obbligatorio per l’erogazione del servizio e per adempiere agli obblighi di legge o regolamento. I dati verranno trasmessi agli Enti/Autorità competenti in adempimento agli obblighi di legge e alla segreteria nazionale E.C.M. per le finalità connesse alla formazione continua in ambito sanitario. Titolare del trattamento è il Legale Rappresentante di EnAIP FVG, al quale è possibile inoltrare comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata (Via Leonardo da Vinci 27 - 33037 Pasian di Prato / UD) per esercitare i diritti previsti dalla normativa citata. FORMULA DI CONSENSO Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 196/2003, acconsente al trattamento dei dati e alla comunicazione degli stessi per le finalità ed ai soggetti indicati nella suddetta informativa.