

CORSO PROFESSIONALE MOVIMENTAZIONE MANUALE DEL PAZIENTE

MODULO DI ISCRIZIONE

da inviare riempito e firmato unitamente all'allegato 1 (dati corsisti) e all'attestazione di pagamento
via mail a formazione@senecabo.it

Ragione Sociale

Indirizzo Città..... Prov.

Partita Iva/Codice Fiscale Codice Univoco

Pec

Referente aziendale

e-mail (IN STAMPATELLO)

telefono cellulare

Il corso:

La movimentazione manuale dei pazienti nelle residenze per anziani è un tema cruciale, sia per la sicurezza del paziente che per la tutela degli operatori. Il confronto pratico e l'aggiornamento continuo rappresentano elementi fondamentali per garantire un'assistenza efficace e di qualità.

La quota d'iscrizione è di:

- 1) € 200,00 + IVA – Prezzo intero
- 2) € 180,00 + IVA – Tariffa riservata a:
 - Studenti UniBo
 - Lavoratori del Consorzio Colibrì
 - Soci AIFI
- 3) € 150,00 + IVA – Tariffa riservata ai lavoratori di Società Dolce

Il pagamento deve essere effettuato, indicando come causale "ISCRIZIONE CORSO PROFESSIONALE MOVIMENTAZIONE MANUALE DEL PAZIENTE e CODICE CORSO tramite:

Bonifico Bancario intestato a Seneca srl Impresa Sociale – Piazza dei Martiri 8 Bologna Cod. IBAN: IT39W0306902479074000010324. Al ricevimento della quota di iscrizione verrà emessa regolare fattura.

L'iscrizione si intende accettata alla ricezione al n. 051/0566885 o mail a formazione@senecabo.it, dei seguenti documenti:

- Modulo di iscrizione debitamente compilato e firmato e completo dell'Allegato 1 – Dati Corsisti
- Ricevuta dell'avvenuto pagamento

Una volta versata, la quota di iscrizione non è rimborsabile salvo che il corso non venga avviato da Seneca per il non raggiungimento del numero minimo di partecipanti o si sia raggiunto il numero massimo di corsisti inseribili nel corso.

Pienamente informato delle finalità e modalità del trattamento e rilevato che lo stesso è rispettoso del Regolamento UE, n. 2016/679 e delle finalità del contratto di fornitura esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili. Ulteriori informazioni: www.senecabo.it/privacy

Data

Timbro e Firma

ALLEGATO 1

DATI CORSISTI

CORSO PROFESSIONALE MOVIMENTAZIONE MANUALE DEL PAZIENTE

CORSISTA N. 1	Codice corso
Cognome e Nome	
Luogo e Data di nascita Codice fiscale	
Residenza: via Città..... Prov..... CAP	
e-mail (IN STAMPATELLO).....	
telefono cellulare	
CORSISTA N. 2	Codice corso
Cognome e Nome	
Luogo e Data di nascita Codice fiscale	
Residenza: via Città..... Prov..... CAP	
e-mail (IN STAMPATELLO).....	
telefono cellulare	
CORSISTA N. 3	Codice corso
Cognome e Nome	
Luogo e Data di nascita Codice fiscale	
Residenza: via Città..... Prov..... CAP	
e-mail (IN STAMPATELLO).....	
telefono cellulare	
CORSISTA N. 4	Codice corso
Cognome e Nome	
Luogo e Data di nascita Codice fiscale	
Residenza: via Città..... Prov..... CAP	
e-mail (IN STAMPATELLO).....	
telefono cellulare	
CORSISTA N. 5	Codice corso
Cognome e Nome	
Luogo e Data di nascita Codice fiscale	
Residenza: via Città..... Prov..... CAP	
e-mail (IN STAMPATELLO).....	
telefono cellulare	