Istituto Sociale di Ricerche e Studi

Società Cooperativa Sociale
Via Lombardia, 50 – 92100 Agrigento
C.F. 93038140849 - P.IVA 02523540843
Tel. 0922 651672 - Fax. 0922 1836075
E-mail: info@isors.it - PEC: isors@pec.it
www.isors.it
Id. Provider N°501

Iscrizione REA: 188449
Iscrizione Albo Nazionale Cooperative: n. A232114 del 02.01.2014
Iscrizione CAR - Anagrafe Nazionale delle Ricerche n. 61176RWX
Elenco Regionale degli Organismi Formativi Accreditati presso la Regione Siciliana con **D.D.G. n. 3722 - 11/07/2016**

Evento Formativo ECM
"DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento): Inclusione e Integrazione"
AGRIGENTO: 6 - 7 - 8 LUGLIO 2018

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____

Nome _____

Luogo di Nascita _____data di nascita _____

C.F. _____ Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Telefono _____

E-mail _____

Titolo di studio _____

Professione _____

☐ Logopedista	☐ Psicologo	☐ Psicoterapeuta	☐ Medico
☐ Terapista della neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva	☐ Educatore Professionale	☐ Tecnico della riabilitazione psichiatrica	☐ Assistente all'autonomia e alla Comunicazione
☐ Insegnante	☐ Operatore Specializzato	Altro_____ _____	

L'iscrizione definitiva prevede una quota di **€ 300,00** (per gli aventi diritto ai Crediti ECM), **150,00€** (per i non aventi diritto) e **100,00€** (per i nostri corsisti ed ex-corsisti ASACOM) che dovrà essere corrisposta **entro il 30/06/2018** in un'unica soluzione.

L'iscrizione dovrà essere corredata da bonifico intestato a I.So.R.S. Codice **IBAN: IT45T0710816600000000002704**
Causale: *(Cognome e Nome)* - Quota partecipazione al Corso **DSA**
Il contributo comprende la partecipazione alle giornate formative, il materiale didattico, la prova di valutazione finale, l'attestato di partecipazione ed i crediti ECM.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 si informa che i dati raccolti vengono trattati solo per comunicazioni relative al Corso di formazione.
Si acconsente al trattamento *(allegare documento di identità in corso di validità)*

Luogo e data_____ **Firma**_____