



**A.Ps.I.A.**  
Associazione Psicoterapia  
Infanzia Adolescenza

**Master in Gestione e Direzione dei servizi sanitari**  
Scheda adesione

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (Obbligatorio) \_\_\_\_\_

QUALIFICA ECM \_\_\_\_\_

STRUTTURA DI APPARTENENZA E RUOLO \_\_\_\_\_

Indirizzo privato \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Dati per la fatturazione, se diversi da quelli del partecipante \_\_\_\_\_

Intendo partecipare all'intero Master SI NO

Intendo partecipare a singoli moduli (mettere una croce su quelli prescelti) I II III IV V VI

( \_\_\_\_\_ )  
firma del partecipante

**Da inviare alla Direzione del Consorzio MedIcare Via Manzoni, 37 26100 Cremona Tel 3355441348 Fax 037233142 - Email [direzione@medicareformazione.it](mailto:direzione@medicareformazione.it)**

oppure  
alla **Direzione di A.Ps.I.A. via Paganini 8 – 09129 Cagliari. 070 4521186 - Fax 070 498937 – Email [formazione@apsia.it](mailto:formazione@apsia.it)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza ai sensi della legge n°675/96, 123/97 e successive integrazioni e modifiche ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare attività formative; comunicazioni a terzi al fine di favorire l'inserimento lavorativo, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.

*Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.*

Data .....

.....  
(firma leggibile)