



ALLEGATO 1
P.7.5 – Gestione Eventi
Rev.4 del 03/12/15

QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER L'ALLIEVO
Richiesta di iscrizione

**“Scuola Nazionale per Professionisti Sanitari della Continenza e del Pavimento Pelvico
anno 2024-2025”
BARI**

Nome:	Cognome		
C.F.	e-mail	Tel.	
Via	Città	Prov.	C.A.P.

Az. Osp. e Reparto di appartenenza:
Qualifica:
Stato occupazionale:
Altro:

Hai già frequentato corsi di formazione in Riabilitazione ed Incontinenza?

SI NO

Se si, quale?

Hai già avuto la possibilità di seguire pazienti incontinenti e/o con disfunzioni del pavimento pelvico?

SI NO

Se si, presso quale struttura?

Quali sono le motivazioni che la spingono ad iscriversi alla Scuola

Quante possibilità pensi di avere per esercitare la professione

- buone
 discrete
 sufficienti
 insufficienti

Sarebbe interessato ad aprire un “Centro Fincopp” o a supportare l’Associazione nel tuo Territorio?

SI NO

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria organizzativa, la presente richiesta di iscrizione. Le richieste saranno accettate fino al raggiungimento del numero previsto. Una volta confermata l’ammissione dalla segreteria organizzativa mediante





ALLEGATO 1
P.7.5 – Gestione Eventi
Rev.4 del 03/12/15

contatto telefonico e mail, sarà necessario inviare il giustificativo di pagamento. La rinuncia o la notifica della cancellazione deve essere fatta per iscritto a segreteria@finco.org. La cancellazione sarà accettata **entro e non oltre il 6/10/24** in tal caso è prevista la restituzione della quota con una penale di € **100,00**. Nessun rimborso potrà essere fatto per cancellazioni ricevute dopo il **6/10/24** né tantomeno si avrà diritto ad alcun rimborso per ritiri dal Corso in itinere.

QUOTA DI PARTECIPAZIONE*

Barrare la casella della quota di riferimento (mettere casella al fianco delle quote)

<input type="checkbox"/>	Iscritti alla FINCOPP da gennaio 2024	€ 650,00
<input type="checkbox"/>	NON iscritti alla FINCOPP	€ 800,00
<input type="checkbox"/>	Discente reclutato	

- *La quota comprende: crediti formativi E.C.M., attestato di partecipazione
- *I crediti ECM saranno erogati al completo versamento della quota d'iscrizione

Sottoscrivo ed accetto tutte le modalità di prenotazione/cancellazione/ritiro e dichiaro di aver letto la brochure informativa del Corso in ogni sua parte.

Si autorizza **Fincopp** al trattamento di dati personali ai sensi e nei limiti del Regolamento Privacy D. Lgs 2018/101. Ove selezionata/o, autorizzo sin d'ora **Fincopp** all'eventuale pubblicazione e divulgazione della mia tesi/caso clinico.

Data

Firma leggibile

N.B. allegare documento d'identità in corso di validità e CV

