**SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO 1 DICEMBRE 2017**

***AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO. RESPONSABILITÀ RISORSA RETE***

**Il sottoscritto**

**Nome:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Cognome:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Recapito telefonico:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Recapito Email:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**Ente di appartenenza:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

**CHIEDE**

di partecipare al Convegno *“Amministrazione di sostegno. Responsabilità Risorsa Rete”* che si terrà a Trento, presso lo Studentato Nest, il 1 dicembre 2017.

Intendo partecipare al pranzo offerto dall’organizzazione  si  no

|  |
| --- |
| **RISERVATO AI PROFESSIONISTI**  Si chiede il riconoscimento di crediti formativi o crediti ECM:  Avvocati /Praticanti avvocati  Assistenti sociali  Medici  Infermieri  Educatori professionali  Fisioterapisti  E a tal fine fornisce i seguenti ulteriori dati personali:  **Data di nascita:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.  **Luogo di nascita:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.  **Residenza:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.  **Codice Fiscale:** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.  (**Area (per la categoria Assistenti Sociali):** Fare clic o toccare qui per immettere il testo.) |

Partecipo al convegno in qualità di:

Operatore (specificare professione) Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Familiare di persona in difficoltà

Volontario

Altro (specificare) Fare clic o toccare qui per immettere il testo.

Sono già Amministratore di Sostegno  si  no

*Segue nella pagina seguente l’informativa al trattamento dei dati personali da sottoscrivere*

**Informativa trattamento dati personali**

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, La informiamo che i dati da Lei forniti verranno trattati per rendere formale la sua iscrizione ai corsi formativi e per garantire il rilascio delle attestazioni previste, nonché per la realizzazione di valutazioni e indagini statistiche sui destinatari dei nostri interventi. In questo ultimo caso i dati da noi raccolti verranno utilizzati esclusivamente in forma anonima. A conclusione del convegno conserveremo i suoi dati ai soli fini amministrativi e per archiviare copia dell'attestato nel caso Lei ci richiedesse un duplicato.

Per l'eventuale richiesta di crediti formativi e crediti ECM i suoi dati verranno comunicati ai seguenti Soggetti:

-   per gli assistenti sociali comunichiamo i dati a Provincia di Trento;

-   per medici, infermieri e educatori professionali comunichiamo i dati a Gruppo Spes;

-   per eventuali avvocati e praticanti comunichiamo i dati a Ordine degli Avvocati di Trento.

L'Associazione Comitato per l’Amministratore di Sostegno in Trentino, con sede a Trento, Via Dordi n.8, è Titolare del Trattamento dei Dati agli effetti del Decreto Legislativo n. 196/2003. Responsabile del Trattamento è Massimo Zanoni, in qualità di Presidente.

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2017

Firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte, deve essere inviato all'indirizzo [formazione@amministratoredisostegnotn.it](mailto:formazione@amministratoredisostegnotn.it%20)  entro il **28.11.2017**.