***AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO:***

***FASI RUOLI COMPETENZE***

***SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE***

**Il sottoscritto**

**nome:**

**cognome:**

**recapito telefonico:**

**recapito e-mail:**

**Ente di appartenenza:**

**CHIEDE**

di partecipare al Corso di Formazione *“Amministrazione di sostegno: fasi ruoli competenze”* che si terrà, presso il polo sociale Oltrefersina – Mattarello in via Clarina 2/1 Trento nelle giornate del 3 ottobre, 22 ottobre e 14 novembre 2018, dalle 9.00 alle 12.00.

Partecipo alla formazione in qualità di:

**□** Professionista (specificare):

**□** Ads Familiare:

**□** Ads Volontario:

**□** Altro (specificare):

|  |
| --- |
| **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: …..............................................................................................................................**  **Luogo di nascita: …...........................................................................................................................**  **Residenza: …......................................................................................................................................**  **Codice Fiscale: …...............................................................................................................................**  **Area (per la categoria Assistenti Sociali): …...................................................................................** |

**Informativa trattamento dati personali**

Ai sensi dell'articolo 13 del GDRP n. 679/2016, La informiamo che i dati da Lei forniti verranno trattati per rendere formale la sua iscrizione 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. Responsabile del Trattamento è Massimo Zanoni, in qualità di Presidente.

**Dichiarazione di consenso**

Il sottoscritto, presa visione dell'informativa sopra riportata, esprime il proprio consenso al trattamento dei miei dati personali che per le finalità e con modalità indicate nell'informativa medesima, anche ai fini della comunicazione degli stessi, nei limiti sopra indicati.

Registrazione Newsletter

Sono informato della possibilità di ricevere periodicamente la Newsletter dell'Associazione tramite il mio indirizzo di posta elettronica. Sono consapevole che in caso di mia autorizzazione, potrò esercitare in ogni momento il mio diritto di rettificare, aggiornare, cancellare e oppormi al trattamento (secondo quanto previsto dagli art. 16 17 del GDRP n. 679/2016) al seguente indirizzo: [info@amministratoredisostegnotn.it](mailto:info@amministratoredisostegnotn.it)

□ Autorizzo

□ Non Autorizzo

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte, deve essere inviato all’indirizzo [formazione@amministratoredisostegnotn.it](mailto:formazione@amministratoredisostegnotn.it) entro giovedì 27 settembre 2018.

Data \_\_\_.\_\_\_2018

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