***AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO:***

***OPERATORI SOCIALI E SANITARI A CONFRONTO***

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

**Il sottoscritto**

**nome:**

**cognome:**

**recapito telefonico:**

**recapito e-mail:**

**Ente di appartenenza:**

Intende partecipare al Corso di Formazione *“Amministrazione di sostegno: operatori sociali e sanitari a confronto”* che si terrà a Cles presso ex Geriatrico (piano interrato), Viale Degasperi n. 41 nelle giornate del 5 e 18 febbraio rispettivamente dalle 13 alle 17 e dalle 13.30 alle 17.30.

Partecipo alla formazione in qualità di:

**□** Assistente sociale: \_

**□** Operatore sanitario (specificare la professione):

**□** Altro (specificare):

Per il riconoscimento di crediti formativi si forniscono 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 all’Azienda Sanitaria.

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.

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte, deve essere inviato all’indirizzo [formazione@amministratoredisostegnotn.it](mailto:formazione@amministratoredisostegnotn.it) entro venerdì 29 gennaio 2019.

Data \_\_\_.\_\_\_2019

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