**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**Corso ASO 700 ore**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato a | Il |
| Residente in Via |  |
| Città | CAP |
| Cellulare | E mail |
| Titolo di Studio |  |
| Professione |  |
| Ente/Datore di lavoro |  |

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 2016/679 per la protezione dei dati personali, con la sottoscrizione del presente modulo autorizzo l’Ordine dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Palermo al trattamento dei dati personali.

***Il sottoscritto consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità nella formazione degli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali .....***

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Organizzazione didattica:**

Il percorso ASO ha una durata complessiva pari a 700 ore formative ed è così articolato:

* Formazione teorica 300 ore
* Tirocinio 400 ore

Gli orari saranno determinati dal Direttore del Corso, avranno una durata giornaliera non superiore alle 6 ore formative.

**Materiale didattico**:

Sarà consegnato a tutti i discenti lezioni dei docenti su supporto informatico

**ATTESTATO:**

L’attestato di qualifica sarà giuridicamente valido su tutto il territorio nazionale, così come stabilito dal DPCM 9 febbraio 2018

**RESPONSABILITA’ DEI PARTECIPANTI**

I partecipanti ai Corsi sono personalmente responsabili per i danni eventualmente arrecati alla struttura, alle aule, ai supporti didattici, alle attrezzature e a quant’altro presente nei locali.

I partecipanti sono inoltre tenuti a rispettare la normativa interna (firma registri, badge identificativi, codice comportamentale, ecc.).

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE**:

**Corso ASO** (700 ore) è pari ad € 1.800,00 che dovrà essere versata, tramite bonifico bancario, in 6 soluzioni da € 300,00 ciascuna;

Il pagamento della quota d’iscrizione dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario intestato:

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PALERMO

Indicando nella causale: Cognome e Nome – Corso ASO –

IBAN: IT 51Q0623004609000015373474

CREDIT AGRICOLE

Fermo restando l’obbligo di corrispondere quanto dovuto, il mancato pagamento delle rate successive alla prima determinerà la sospensione dal Corso fino a regolarizzazione della posizione.

**RECESSO**

E’ possibile rinunciare all’iscrizione entro 5 giorni di calendario prima della data di inizio del Corso, comunicando la decisione del recesso via fax o e-mail seguito da lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PALERMO, VIA PADRE ROSARIO DA PARTANNA, 22 PALERMO. In tal caso verrà restituita la quota d’iscrizione versata.

Qualora il recesso venga comunicato oltre i termini predetti, sarà comunque dovuta l’intera quota di iscrizione.

**CONTROVERSIE**

Per ogni controversia sarà competente il Foro di Palermo

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per Accettazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_