

# I.S.S.A.S.

www.issas.org issas@iol.it

Istituto Superiore di Studi e Ricerca  
per l'Assistenza Sociale e Sanitaria

*Università per la Terza Età*

## LA SAGGEZZA



### SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

**"Autostima: eccessi e difetti"**

**ROMA 5-6 aprile 2019**

**VIA POPOLONIA N. 44**

### DATI PERSONALI

Cognome e nome

Iscrizione all'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione

Albo A/B Tessera nr: -

Residente via -nr: -Città: -Prov:( )-

Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□□□□□

Telefono: -Cell.: -Fax: -E mail: -

Condizione lavorativa (occupato/a – disoccupato/a)

Professione (se diversa da Assistente Sociale)

#### CHIEDE

di essere iscritto/a al corso in epigrafe che si terrà in Roma, via Popolonia n. 44  
in data 5-6 aprile 2019

ID CORSO 29208 –Accreditato al CROAS.

di effettuare il pagamento tramite bonifico bancario IBAN IT96A0760105138274002374015  
INTESTATO A Mariani Massimo (€ 20,00);

oppure chiede di essere esonerato/a dal versamento del contributo spese in quanto disoccupato/a.

#### DICHIARA

di essere consapevole che:

- Le richieste di iscrizione dovranno pervenire via e-mail, scaricando e compilando l'apposito modulo in ogni sua parte da issas.org, all'indirizzo issas@iol.it;
- Le iscrizioni verranno chiuse due giorni prima della data prevista per il corso o comunque al raggiungimento della quota massima di posti disponibili;
- A determinare la priorità dell'iscrizione sarà l'ordine di ricevimento delle e-mail di registrazione;
- L'iscrizione si perfezionerà soltanto con il pagamento della quota di partecipazione da effettuarsi tramite bonifico
- Il corso sarà attivato soltanto qualora raggiunga il numero minimo di dieci partecipanti paganti;
- L'ISSAS si riserva la facoltà, per eventuali esigenze organizzative, di modificare il programma del corso e sostituire i docenti indicati con esperti di pari livello professionale;
- Per il conseguimento dei crediti formativi è necessario partecipare all'80% dell'ammontare delle ore previste per il corso;
- A tutti i discenti verrà rilasciato l'attestato di partecipazione.

Data: - - - Firma

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI Il sottoscritto/a

dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art.13 del D.Lgs 196\2003 e di esprimere il suo consenso al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa e per l'invio di materiale informativo relativo ad iniziative di formazione e/o pubblicizzazione dell'Istituto stesso.

Data: - - - Firma

Sede legale: Via Latina 299 sc. b int. 4 - 00179, Roma

[www.issas.org](http://www.issas.org); [issas@iol.it](mailto:issas@iol.it); [issas@pec.it](mailto:issas@pec.it); Mobile: 3486090488; Tel.: 0678348315