



Al Responsabile UOS Formazione e Sviluppo Organizzativo
AOOR Villa Sofia-Cervello
Palermo

Il/la sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

residente in _____ via _____

in servizio presso _____

con la qualifica di _____

Telefono _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto/a al II Congresso Internazionale della Società Italiana di Psicologia Pediatrica (S.I.P.Ped) **“TRANSITION TIMES. SUPPORTING THE CHILD AND ADOLESCENT’S TRANSITIONS IN PEDIATRIC CONDITION”** che si svolgerà nei giorni 07 Novembre (ore 13.30 – 19.00), 08 Novembre (ore 08.00-18.00) e 09 Novembre 2019 (ore 08.30-18.00) presso la sede dell’Ordine dei Medici della prov. di Palermo Villa Magnisi, in via Rosario da Partanna 22, Palermo.

La richiesta dovrà pervenire all’Ufficio Formazione all’indirizzo mail ecm@villasofia.it.

N.B. si fa presente che i posti ECM disponibili totali sono 100, e le iscrizioni verranno accettate in ordine di presentazione delle domande.

Si fa presente che saranno accettate solamente le domande compilate integralmente in maniera leggibile (a stampatello)

Per poter garantire la migliore organizzazione dell’evento, Le chiediamo di esprimere le Sue preferenze, contrassegnando con il numero 1 il Corso che incontra maggiormente il suo interesse e a cui vorrebbe iscriversi, e con il numero 2 la sua seconda scelta.

- “Neuroscienze applicate e biofeedback in Psicologia pediatrica. Dai laboratori di ricerca al lavoro evolutivo-clinico”*
- “Dance step: procedure e tecniche di osservazione della competenza genitoriale nella relazione caregiver-bambino”*
- “Modelli e tecniche di counseling in Psicologia pediatrica”*
- “L’uso della Family Gestalt Therapy nelle famiglie con pazienti pediatrici affetti da patologia”*

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre, esclusivamente ai fini ECM, di essere nella seguente condizione occupazionale:

- Libero Professionista
- Dipendente
- Convenzionato
- Co.Co.Co.
- Privo di occupazione

Il/la sottoscritto/a ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche Codice in materia di protezione dei dati personali.

A U T O R I Z Z A

U.O.S. Formazione e Sviluppo Organizzativo dell’A. O. Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello al trattamento dei dati personali e all’utilizzo dei dati stessi per i fini istituzionali dell’U.O.

Data

Firma partecipante _____ .