



# LA GESTIONE DEL PAZIENTE AGGRESSIVO E VIOLENTO

## CONDIZIONI GENERALI

### COSTO DEL CORSO

Soci ASAC: € 95

Non Soci ASAC: € 110

**NB:** In caso di richiesta di fattura fiscale, il costo del corso è da intendersi maggiorato del + 20%

**Nota:** I non Soci ASAC riceveranno gratuitamente, all'atto dell'iscrizione, anche la quota associativa ASAC per l'anno in corso.

### MODALITA' DI PAGAMENTO

a) Pagamento tramite **Bonifico Bancario**

(coordinate bancarie: Banca Unicredit Agenzia Modena Menotti – Cod. IBAN:

IT 59 T 02008 12911 000100969120

nella causale specificare *il titolo del corso e la data di svolgimento*).

Inviare:

- Copia della **distinta di pagamento**.

- **Scheda di iscrizione** debitamente compilata al

FAX: 059.49068142

b) Pagamento tramite **versamento su c/c**

**Postale** n° 85993715 intestato a: Associazione Scientifica Anti Crimine. Nella causale specificare *il titolo del corso e la data di svolgimento*.

Inviare:

- Copia della **distinta di pagamento**.

- **Scheda di iscrizione** debitamente compilata al

FAX: 059.49068142

### PRIORITA'

Le iscrizioni verranno accolte secondo l'ordine cronologico di avvenuto pagamento.

### ANNULLAMENTO/RECESSO

Eventuali annullamenti dell'iscrizione dovranno pervenire alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre 5 gg. lavorativi dalla data di inizio del corso, in forma scritta all'indirizzo email: [segreteria@asacitalia.it](mailto:segreteria@asacitalia.it). In caso di mancata comunicazione, sarà addebitata l'intera quota di partecipazione.

### FACOLTA' DI MODIFICA

Se per ragioni organizzative il corso dovrà essere annullato o subire variazioni di date, sarà data tempestiva comunicazione ai partecipanti.

Per iscrizioni insufficienti o eccedenti:

- Possibilità di scegliere un'altra edizione del corso o un altro corso ASAC.
- Oppure ottenere il rimborso della quota versata.

### PER INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI:

Segreteria Organizzativa

Associazione Scientifica Anti Crimine

Via Morselli, 67

41121 – Modena

Tel. 346.2294226 – Tel. 340.6829198

Fax. 059.49068142

Website: [www.asacitalia.it](http://www.asacitalia.it)

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare in modo leggibile in ogni sua parte

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

P.Iva \_\_\_\_\_

Professione ECM: SI  NO

Specificare la professione ECM \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza/luogo di lavoro: \_\_\_\_\_

Richiesta fattura: SI  NO

**NB:** Per esigenze organizzative non verrà rilasciata la fattura fiscale se non richiesta all'atto dell'iscrizione.

**Campi da compilare per l'intestazione della fattura**

(se i dati sono diversi da quelli sopra indicati)

Ragione Sociale/Persona Fisica \_\_\_\_\_

Sede Legale/Indirizzo \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### Protezione dei dati personali

Ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) con la compilazione del presente Modulo di iscrizione, si autorizza ASAC e le società scientifiche ad essa collegate, ad inserire il proprio nominativo nei relativi database. In ogni momento si potrà avere accesso ai propri dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo scrivendo all'indirizzo riportato nella testata del presente documento.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA X \_\_\_\_\_

Firmando si dichiara anche di accettare tutte le "condizioni generali" a lato indicate.