

### PROGETTISTA DEL CORSO

Marco Trucco, *Fisioterapista*  
*Presidio Sanitario San Camillo di Torino*

### RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTE

Eliana Peirone *Fisioterapista*

### SEGRETERIA ECM e ORGANIZZATIVA

TELEFONO: 0118199555 - 3346151681

ORARIO: Lunedì - Venerdì 9.00/16.00

EMAIL:

segreteria.formazione.torino@camilliani.net

## MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Inviare la scheda di iscrizione allegata al pieghevole alla Segreteria Organizzativa del Presidio Sanitario San Camillo ed effettuare il bonifico a conferma avvenuta

**DESTINATARI:** *Il corso è rivolto a fisioterapisti, medici e terapisti occupazionali*

## QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Early Booking:

€ 400 fino al 10 ottobre 2023, dopo € 450

Pagamento attraverso bonifico bancario, nella causale inserire il nominativo del corsista e il titolo del corso

*Fondazione Opera San Camillo*

*BANCA INTESA SAN PAOLO*

*IBAN IT28R0306909606100000073035*



## PRESIDIO SANITARIO SAN CAMILLO

Strada S. Margherita, 136 Torino

Tel. 011 8199.411

Fax. 011 8199.431

[www.sancamillotorino.net](http://www.sancamillotorino.net)

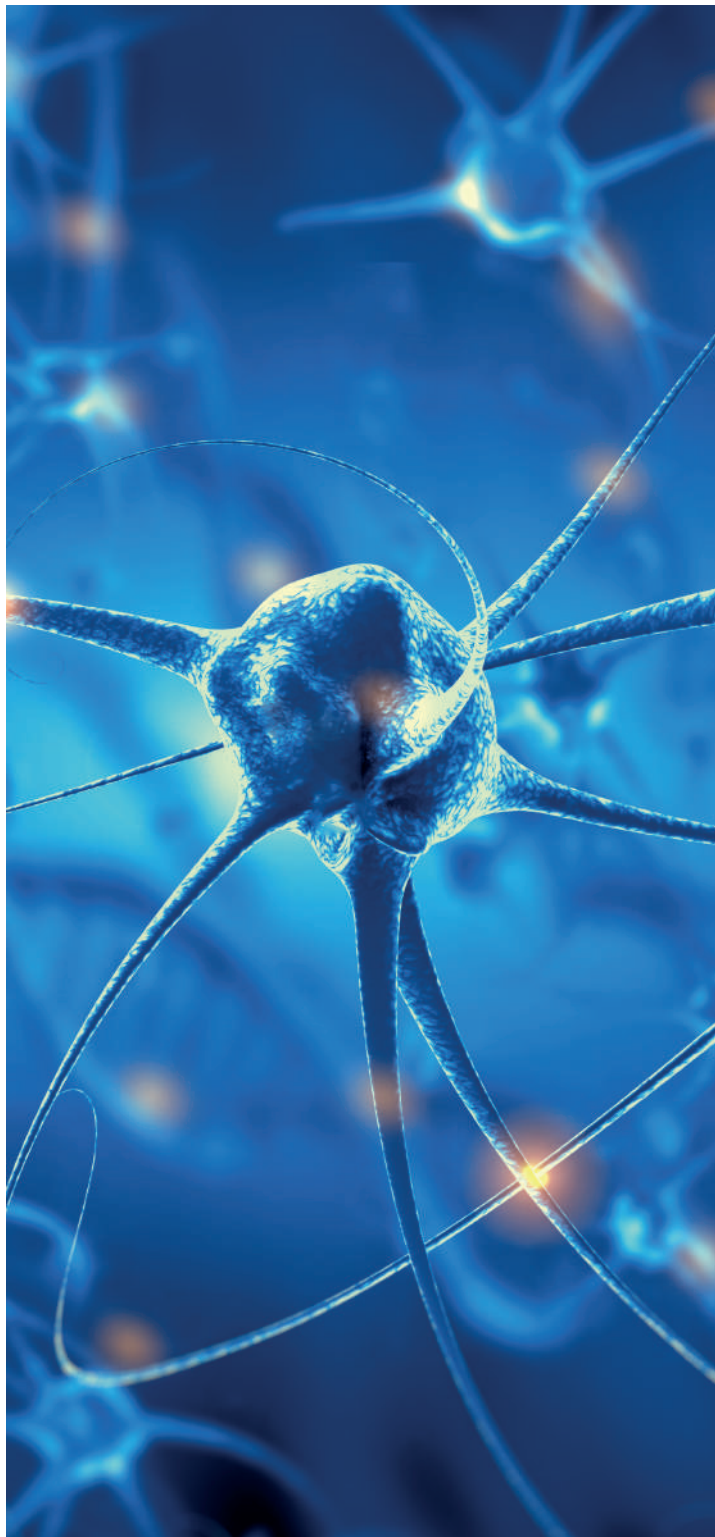
## "RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE CON MALATTIA DI PARKINSON"

**DATE DEL CORSO**  
24-26 NOVEMBRE 2023

**SEDE DEL CORSO**  
Presidio Sanitario San Camillo

*Corso ACCREDITATO ECM*

*Provider Provincia Piemontese Ordine Chierici  
Regolari Ministri degli Infermi (Camilliani)*



## REGOLAMENTO

1. L'accettazione ed osservanza del seguente regolamento sono condizione obbligatoria per l'ammissione e la frequenza al corso.
2. La Segreteria Organizzativa non risponde del mancato svolgimento del corso sia per il non raggiungimento del numero minimo di partecipanti, sia per cause di forza maggiore, sia per qualsiasi motivo indipendente dalle sue responsabilità.
3. Il versamento della quota d'iscrizione al corso è indipendente dall'ottenimento dei Crediti Formativi del programma ECM.
4. L'iscrizione al corso non è in alcun caso restituibile, salvo in caso di annullamento del corso. È prevista la possibilità di farsi sostituire da altra persona che abbia i requisiti per la frequenza del corso.
5. L'allievo è tenuto alla puntualità al rispetto delle modalità di accesso e dell'orario del corso e alla presenza in aula a tutte le ore di formazione. Si ricorda che l'orario dichiarato sulla piattaforma ECM viene totalmente accreditato, pertanto ogni ritardo o variazione di orario può far invalidare il corso per il singolo operatore oppure il corso completo.
6. Durante le lezioni il partecipante è tenuto ad un comportamento corretto nei confronti dei docenti e dei colleghi. Un comportamento che turbi il regolare svolgimento delle lezioni è motivo di allontanamento dall'aula senza che il partecipante abbia diritto ad alcun tipo di rimborso.
7. Il partecipante che, per sua negligenza o altre cause dirette o indirette, causerà danni a cose e/o persone, è tenuto al risarcimento civile e penale.
8. Vi possono essere dei corsi nei quali il partecipante sarà coinvolto dal docente nell'esercizio delle manovre pratiche sia come operatore che come paziente. Nel caso in cui non possa essere sottoposto, come paziente, ad alcune o tutte le manovre pratiche previste nel programma del corso deve darne preventiva comunicazione scritta alla Segreteria che avviserà il docente del corso.
9. Il materiale didattico non può essere riprodotto ed è proibito fare fotografie e/o filmati e/o registrazioni audio durante le lezioni se non espressamente consentito dal docente e dai partecipanti.

FIRMA PER ACCETTAZIONE

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Riabilitazione del paziente con malattia di Parkinson

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

STATO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_ PROV (\_\_\_\_)

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

CODICE UNIVOCO (SDI) \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

PROFESSIONISTA  STUDENTE

DATI PER FATTURAZIONE (se diversi)

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

Ente Pubblico    S I    NO

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_ PROV (\_\_\_\_)

CODICE (SDI) \_\_\_\_\_

PRIVACY: Ho preso visione dell'informativa disponibile sul sito [www.sancamillotorino.it](http://www.sancamillotorino.it), resa ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, relativa alle finalità, base giuridica del trattamento e esercizio dei diritti dell'interessato e presto il consenso esplicito al trattamento dei dati.

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

PRESTO     NON PRESTO

Il consenso per la ricezione, via mail e/o whatsapp e/o sms, di comunicazioni informative su ulteriori iniziative formative.

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