



O.N.L.U.S.

Istituto per la Ricerca la Formazione e l'Informazione sulle Disabilità



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



**ICABA – INTERNATIONAL CONFERENCE ON APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS  
IN THE TREATMENT OF AUTISM**

**IRFID ONLUS PROVIDER n. 2146**

**CODICE EVENTO n.**

**sede: Hotel Royal Continental, Napoli**

**data 8-9-10/04/2016**

**crediti assegnati: in fase di accreditamento**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Professione:

- Psicologo iscritto/a ordine \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- Psicoterapeuta iscritto/a ordine \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- Medico Neuropsichiatra infantile iscritto/a ordine \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- Educatore professionale
- Logopedista
- Terapista occupazionale
- Fisioterapista
- Terapista della neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

- SI ECM
- NO ECM (nel caso la sua figura professionale non sia fra quelle indicate)

COMPILARE IN STAMPATELLO

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo privato \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )

CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Profilo lavorativo attuale:

- Dipendente presso \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_
- Libero professionista
- Convenzionato presso \_\_\_\_\_
- Privo di occupazione

Dati fattura se diversi: \_\_\_\_\_

P.Iva 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Segreteria Organizzativa IRFID ONLUS  
tel.3391218133 fax 0815288243 e-mail: segreteria@irfid.it - sito www.irfid.eu



O.N.L.U.S.  
Istituto per la Ricerca la Formazione e l'Informazione sulle Disabilità



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



Il corso è a numero chiuso max 350 partecipanti.

Il pagamento della quota di iscrizione va effettuato:

- a) tramite bonifico bancario: **IBAN IT21 N033 5901 6001 0000 0109 655 - BANCA PROSSIMA a favore di IRFID onlus -**  
nella causale indicare : **“COGNOME\_NOME\_ICABA 2016”**

Quote di iscrizione:

Per tutti gli operatori Sanitari:

entro il 29/02/2016 € 220,00 (duecentoventi/00) IVA compresa.

entro il 31/03/2016 € 280,00 (duecentottanta/00) IVA compresa.

Per Insegnanti di ogni ordine e grado, genitori e studenti:

entro 29/02/2016 € 120,00 (centoventi/00) IVA compresa.

entro il 31/03/2016 € 170,00 (centosettanta/00) IVA compresa.

Per l'attribuzione dei crediti formativi sono richiesti obbligatoriamente:

- la presenza in aula per tutta la durata del corso (100% delle ore);
- il superamento del test ecm con almeno l'80% di risposte corrette;
- la consegna della modulistica relativa alla qualità percepita.

L'ammissione al corso avviene mediante l'invio alla Segreteria Organizzativa della **Scheda di iscrizione** debitamente compilata e della **Ricevuta del pagamento:**

- al numero fax **0815288243**,

- all'indirizzo e-mail [formazione@irfid.it](mailto:formazione@irfid.it)

Allegare anche **Copia del documento di identità** e del **Codice fiscale** e **Copia o autocertificazione del titolo di studio**

In caso di rinuncia, comunicata alla Segreteria Organizzativa a mezzo fax o e-mail, entro 10 giorni dalla data di inizio del corso la quota verrà restituita con una decurtazione del 20%. Nel caso in cui la disdetta avvenisse successivamente, si è tenuti a pagare il costo complessivo del Corso. La mancata frequenza obbliga comunque al saldo della intera quota del Corso.

Data \_\_\_\_\_

Firma autografa \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003, autorizza espressamente l'IRFID ONLUS di Nola (NA) al trattamento dei propri dati personali ai soli fini delle attività legate alla formazione.*

Data \_\_\_\_\_

Firma autografa \_\_\_\_\_

Segreteria Organizzativa IRFID ONLUS  
tel.3391218133 fax 0815288243 e-mail: [segreteria@irfid.it](mailto:segreteria@irfid.it) - sito [www.irfid.eu](http://www.irfid.eu)