



**QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER L'ALLIEVO**  
**Richiesta di iscrizione**

**“Scuola Nazionale per Professionisti Sanitari della Continenza e del Pavimento Pelvico  
anno 2017-2018”**

Nome:		Cognome		
C.F.	e-mail	Tel.		
Via	Città		C.a.p.	Prov.
Az. Osp. e Reparto di appartenenza:				
Qualifica				
Altro				

Hai già frequentato corsi di formazione in Riabilitazione ed Incontinenza?

SI  NO

Se si, quale?

Hai già avuto la possibilità di seguire pazienti incontinenti?

SI  NO

Se si, presso quale struttura?

Quali sono le motivazioni che la spingono ad iscriversi alla Scuola

---

---

Quante possibilità pensi di avere per esercitare la professione

- buone  
 discrete  
 sufficienti  
 insufficienti

Sarebbe interessato ad aprire un “Centro Fincopp” o a supportare un’Associazione di persone incontinenti nel tuo Territorio?

SI  NO

**MODALITA' DI ISCRIZIONE**

Inviare alla Segreteria Organizzativa, entro il 25/09/17, la presente richiesta di iscrizione. Dopo tale data non sarà possibile iscriversi. Una volta confermata l'ammissione dalla segreteria organizzativa mediante contatto telefonico o mail, sarà necessario il giustificativo di pagamento effettuato della prima rata (pari a € 200,00). Il saldo della quota d'iscrizione dovrà essere versato entro il 04/12/17. La rinuncia o la notifica della cancellazione deve essere fatta per iscritto a [segreteria@finco.org](mailto:segreteria@finco.org). La cancellazione sarà accettata entro e non oltre il 01/10/17, in tal caso è prevista la restituzione della quota con una penale di € 100,00. Nessun rimborso potrà essere fatto per cancellazioni ricevute dopo il 01/10/17. Anche le iscrizioni effettuate da Aziende con reclutamento dei partecipanti chiuderanno il 25/09/17. Eventuali sostituzioni devono essere comunicate per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre il 06/10/17.





**QUOTA DI PARTECIPAZIONE\***

**Barrare la casella della quota di riferimento** (mettere casella al fianco delle quote)

- |                          |  |                 |
|--------------------------|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Infermieri, ostetriche e fisioterapisti iscritti alla <b>FINCOPP</b>     | <b>€ 300,00</b> |
| <input type="checkbox"/> | Infermieri, ostetriche e fisioterapisti non iscritti alla <b>FINCOPP</b> | <b>€ 350,00</b> |

\*La quota comprende: cartellina, crediti formativi E.C.M., attestato di partecipazione, pergamena

**Sottoscrivo ed accetto tutte le modalità di prenotazione/cancellazione.**

Si autorizza **FINCOPP** al trattamento di dati personali ai sensi e nei limiti del D.Lg.vo n.196/2003 e successive modifiche.  
Ove selezionata/o, autorizzo sin d'ora **FINCOPP** all'eventuale pubblicazione e divulgazione della mia tesi.

Data .....

Firma leggibile .....

**N.B. allegare fotocopia documento identità non scaduto e copia di CV**