**BIOFEEDBACK**

**LE NEUROSCIENZE A SERVIZIO DELLA SALUTE IN UNA PROSPETTIVA DI MEDICINA OLISTICA**

**20 e 21 Marzo 2021**

**DATI DEL PARTECIPANTE**

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

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

Residente in (Via/Piazza)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fisc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATI PER LA FATTURAZIONE (da compilare solo se diversi dai dati di iscrizione)

Ragione Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. Fisc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CHIEDE di essere iscritto/a:

COSTO:

Il **20 e 21/03/2021** dalle ore 9:00 alle ore 18.00al costo di

* 310 €+ IVA
* Studenti 200 € + iva

C’è la possibilità per chi lo desidera di sostenere in loco l’esame di certificazione BFE di Livello 1 al termine del workshop previa iscrizione entro il 20Febbraio direttamente alla Federazione Europea di Biofeedback.

- Ogni professionista interessato a sostenere l'esame è tenuto ad iscriversi personalmente acquistando il corrispettivo prodotto (il cui prezzo unitario è di 20 Euro) nel BFE Shop:

https://www.bfe.org/buy/esami-esami-di-certificazione-bfe-livello-i-p-452.html?currency=EUR

La Federazione comunicherà al referente del Workshop Dott.ssa Luciana Lorenzon la lista dei professionisti che si sono iscritti e potranno sostenere l'esame.

- L'esame verrà coordinato e somministrato dallo staff responsabile del Workshop e consisterà di 20 domande a risposta multipla riguardanti i contenuti presentati durante il corso. Il superamento dell'esame necessita dell’80% di risposte corrette.

- La Federazione emetterà ed invierà direttamente ad ogni professionista che abbia superato la prova d'esame la certificazione BFE di livello I.

L’iscrizione al corso si perfeziona mediante la compilazione e accettazione della presente scheda e il versamento della quota di iscrizione,facendo pervenire copia dell'attestato di pagamento alla segreteria organizzativa tramite mail **info@cinb.it**

**Coordinate Bancarie**: IT74 R058 5661 9201 0357 1401 543

Intestato a: NeuroscienceForm Lab S.R.L.S Volksbank Banca Popolare

**Sede:** Milano (Verrà comunicato indirizzo)

1. **Informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679**

Il/la sottoscritto/a autorizza gli Enti organizzatori al trattamento dei dati personali con procedure automatiche e/o manuali, nel rispetto delle norme sulla privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

In ogni momento, a norma di legge, potrò avere accesso ai miei dati e richiedere la modifica o la cancellazione.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consenso informato per la registrazione audio/ video/foto

Il/la sottoscritto/a acconsente che le lezioni vengano audio/videoregistrate o che vengano scattate immagini fotografiche. Acconsente inoltre che tali materiali audio/video/fotografici possano essere utilizzati dagli Enti organizzatori nel corso dello svolgimento del corso o per finalità promozionali/didattico/scientifiche.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_