



**BRAIN CARE**  
V I V I   L A   T U A   M E N T E

**BRAIN ACADEMY**  
F O R M A   L A   T U A   M E N T E

## **SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSI DI AGGIORNAMENTO BRAINCARE 2017**

### **CORSI IN AULA**

1.  *Desidero iscrivermi ad un singolo corso*
2.  *Desidero iscrivermi **all' ACADEMY IN VALUTAZIONE E RIABILITAZIONE DELLA PERSONA CON DISTURBI NEUROPSICOLOGICI**, nelle seguenti date, per un totale di 5 giornate di corso*

**NB: E' possibile scegliere l'Academy che comprende 5 giornate di corso a propria scelta (TRA I CORSI E LE DATE IN GRASSETTO, ad es. 3 corsi da 1 giornata + 1 corso da 2 giornate) oppure partecipare ai corsi singoli (tutti).**

NeuroVoice e Riabilitazione: la voce nella relazione di aiuto

- 21 Gennaio – 22 Gennaio 2017

**Il trauma cranico: l'inquadramento clinico e gli approcci riabilitativi**

- 25 Febbraio 2017
- 23 Settembre 2017**

**Valutazione e riabilitazione della persona con disturbi della consapevolezza**

- 18 Marzo 2017
- 14 Ottobre 2017**

**Il protocollo valutativo e riabilitativo delle emozioni nella persona con lesione cerebrale**

- 22 Aprile 2017
- 18 Novembre 2017**

**Valutazione e riabilitazione della persona con disturbi di memoria prospettica**

- 13 Maggio 2017
- 2 Dicembre 2017**

**Valutazione e riabilitazione della persona con disturbi della working memory**

- 14 Maggio 2017**

## Il Neglect: la valutazione e la riabilitazione attraverso la tecnica dei prismi e visuo-esplorativa

24 Giugno – 25 Giugno 2017

### Valutazione e riabilitazione dei disturbi comportamentali nella persona con lesioni cerebrali e sostegno e addestramento ai familiari

15 Luglio 2017

Tipologia scelta:

- con crediti ECM\*
- senza crediti ECM

\*TUTTI i corsi Academy verranno accreditati ECM (circa 10 crediti per giornata di corso), i restanti corsi verranno accreditati SOLO se verrà raggiunta la quota minima di 10 partecipanti.

### CORSI FAD

- Valutazione e riabilitazione delle funzioni mnesiche
- Valutazione e riabilitazione delle funzioni attentive

Tipologia:

- con crediti ECM

3.  *Desidero partecipare al **BrainCampus in Valutazione e Riabilitazione della persona con disturbi neuropsicologici**, la formazione sul campo in modalità “one to one” che permette di formarsi direttamente con l’esperto attraverso l’osservazione diretta di programmi valutativi e riabilitativi. Il periodo e il tema di formazione saranno concordati con il professionista.*

Periodo \_\_\_\_\_

Argomento \_\_\_\_\_

4.  *Desidero ricevere formazione diretta in **Valutazione e Riabilitazione della persona con disturbi neuropsicologici** nella mia sede di lavoro da parte di **BrainCampus**, la formazione sul campo anche “a casa propria”, grazie alla supervisione da parte del team BrainCare sui propri casi clinici. Modalità, periodo e argomento di formazione verranno concordati con il professionista.*

Modalità \_\_\_\_\_

Periodo \_\_\_\_\_

Argomento \_\_\_\_\_

Tipologia scelta:

- con crediti ECM
- senza crediti ECM

## Dati Anagrafici:

Nome\*: \_\_\_\_\_

Cognome\*: \_\_\_\_\_

Data di nascita\*: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita\*: \_\_\_\_\_

CF\*: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza\* (via, numero civico, paese, CAP e provincia): \_\_\_\_\_

Telefono\*: \_\_\_\_\_

Email\*: \_\_\_\_\_

Professione sanitaria\*: \_\_\_\_\_ N. di iscrizione all'Ordine/Collegio/Ass.prof \_\_\_\_\_

Eventuale specializzazione\* (per medici e psicologi): \_\_\_\_\_

Tipologia\* (libero professionista, dipendente, convenzionato o privo di occupazione) \_\_\_\_\_

Struttura di riferimento: \_\_\_\_\_

## Dati per l'emissione della fattura:

Nome e cognome/Ragione Sociale\*: \_\_\_\_\_

Indirizzo (del libero professionista o dell'azienda cui si desidera intestare la fattura) \_\_\_\_\_

P.IVA (del libero professionista o dell'azienda cui si desidera intestare la fattura) \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE PRIVACY

#### Ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196

Consapevole delle sanzioni anche penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiaro che i dati sotto forniti corrispondono a verità. Io sottoscritto/a dichiaro di essere stato/a informato/a in merito al "Codice in materia di protezione dei dati personali" (D.Lgs. 30.06.2003, n.196) art.13 relativamente alle modalità di raccolta e trattamento dei dati personali. Pertanto, premesso che i titolari dei dati sono le Società Gruppo Fipes s.r.l. corrente in Forlimpopoli, Via dell'Artigiano 7, e BrainCare corrente in Padova, via Fornace Morandi 24, acconsento ad ogni effetto di legge e di regolamento, ed in particolare ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n.196 in vigore dal 01.01.2004, di trattare i dati sopra raccolti secondo i diritti a norma dell'art.7 del Codice Civile.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

\*I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori ai fini dell'accreditamento ecm del professionista e dell'emissione della fattura.

