

Prot. | | | | | /2012 del | | | / | | | / | | | | | Matricola | | | | | | | | | |

Spazio riservato alla Segreteria

Domanda di iscrizione all'Istituto di Scienze Neurocognitive Aleksandr Lurija
e accordo vincolante di partecipazione alla I Edizione del Master Biennale di II livello in:
“DIAGNOSI E RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA NELL'ADULTO E NELL'ANZIANO”
Biennio 2012 - 2013

Il/La sottoscritto/a

(Cognome) _____ (Nome) _____

CHIEDE:

di essere iscritto/a all'Istituto di Scienze Neurocognitive Aleksandr Lurija e di partecipare al Master Biennale di II livello in:
“DIAGNOSI E RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA NELL'ADULTO E NELL'ANZIANO” (700 ore)
che si terrà a **Torino da APRILE 2012 a DICEMBRE 2013**

A tal fine, avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445 e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci vedrà decadere i benefici ottenuti ed incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del DPR anzidetto,

DICHIARA:

di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
nazione _____ cod.fisc. _____ cittadinanza _____
di essere residente in _____ prov. _____ c.a.p. _____
via _____ n. _____
tel. _____ cellulare _____ fax _____
e-mail _____

di essere in possesso della **Laurea Specialistica** o del **Vecchio Ordinamento** in:

Facoltà _____ Università di _____
conseguito in data _____ con voti _____
di essere non essere in possesso del **Diploma di Abilitazione** in/alla _____
_____, conseguito presso l'Università di _____
di essere iscritto/a all'**Ordine/Albo** dei/degli _____ dal _____
di essere non essere in possesso del **Diploma di Specializzazione** in _____

di eleggere il seguente indirizzo quale **RECAPITO** cui essere contattato per comunicazioni ed invio di documentazioni relative alla presente iscrizione (compilare solo se diverso dalla residenza):

(Cognome) _____ (Nome) _____
via _____ n. _____
Comune _____ prov. _____ c.a.p. _____

Luogo e Data _____ In fede _____

Domanda di iscrizione all'Istituto di Scienze Neurocognitive Aleksandr Lurija
e accordo vincolante di partecipazione alla I Edizione del Master Biennale di II livello in:
“DIAGNOSI E RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA NELL'ADULTO E NELL'ANZIANO”
Biennio 2012 - 2013

Il/La sottoscritto/a

(Cognome) _____ (Nome) _____

DICHIARA altresì:

a) di aver preso visione dello **Statuto dell'Istituto di Scienze Neurocognitive Aleksandr Lurija** (anche visionabile presso la sede dell'Istituto) e del **Bando del Master** in oggetto pubblicato sul sito www.istitutolurija.it e/o sul Portale NEUROPSICOLOGIA.it (www.neuropsicologia.it) e di essere, quindi, a piena conoscenza delle norme e dei termini, anche amministrativi, previsti e di accettarne integralmente, senza riserva alcuna, tutte le condizioni;

b) di essere conscio/a che la presente domanda di iscrizione all'Istituto di Scienze Neurocognitive Aleksandr Lurija ed il presente accordo di partecipazione al Master in oggetto, è vincolante per il pagamento di entrambi gli anni del biennio del Master;

c) di essere a conoscenza che il costo del Master Biennale di II livello in “Diagnosi e Riabilitazione Neuropsicologica nell'Adulto e nell'Anziano” è di Euro 3350,00 annui e di impegnarsi ad effettuare il pagamento per la partecipazione al Master, secondo le seguenti modalità:

I ANNO (2012)

- € 1.351,81 entro il 13 aprile 2012 (€ 1.350,00 I Acconto + €1,81 Marca da Bollo)
- € 1.000,00 entro il 10 giugno 2012 (II Acconto)
- € 1.000,00 entro il 10 settembre 2012 (Saldo Primo Anno).

II ANNO (2013)

- € 1.351,81 entro il 10 gennaio 2013 (€ 1.350,00 I Acconto + €1,81 Marca da Bollo)
- € 1.000,00 entro il 10 maggio 2013 (II Acconto)
- € 1.000,00 entro il 10 settembre 2013 (Saldo Secondo Anno);

d) di essere a conoscenza che la quota di partecipazione al Master in oggetto, esclude i costi della supervisione di casi clinici (16 ore annuali), obbligatoria che potrà essere svolta individualmente od in gruppo (max 5 persone) a discrezione dell'Allievo, con un Supervisore da lui scelto tra i Docenti del Master disponibili; il costo e la modalità di pagamento della supervisione verranno concordate direttamente con il Supervisore;

e) di essere a conoscenza che il Tirocinio Pratico presso Struttura Sanitaria è gratuito e che entro la data di inizio dello stesso, il tirocinante dovrà provvedere a stipulare, a suo carico, una polizza assicurativa contro gli infortuni e rischi derivanti da responsabilità civile verso terzi.

f) di essere a conoscenza che **in caso di rinuncia alla partecipazione** al Master Biennale di II livello in “Diagnosi e Riabilitazione Neuropsicologica nell'Adulto e nell'Anziano”, dovrà **darne comunicazione entro il 13 APRILE 2012**, via fax al nr. 011.19790175, per aver diritto al rimborso del 50% dell'importo versato tramite bonifico bancario (primo acconto) e che oltre tale data non avrà diritto ad alcun rimborso;

g) di essere a conoscenza che la quota di partecipazione versata (primo acconto) verrà restituita integralmente, senza sanzioni penali, solo in caso di annullamento del Master Biennale di II livello in “Diagnosi e Riabilitazione Neuropsicologica nell'Adulto e nell'Anziano” da parte dell'Istituto Lurija;

h) di essere informato che la partecipazione al Master in oggetto è vincolata all'iscrizione all'Associazione Italiana di Neuropsicologia (AINp).

i) di essere a conoscenza che la quota associativa per gli anni 2012-2013 del valore di Euro 60,00 annui, in qualità di Socio Straordinario dell'Istituto di Scienze Neurocognitive Aleksandr Lurija - Associazione Scientifico-Culturale senza scopo di lucro, viene omaggiata salvo buon fine dei pagamenti dovuti sulla quota di partecipazione al Master.

l) di essere informato che per tutti gli effetti, anche esecutivi del presente accordo, si farà riferimento ai domicili fiscali qui indicati dal/dalla partecipante al Master, salva diversa comunicazione per iscritto, con foro competente, per eventuali controversie, di Torino.

m) di **ALLEGARE** alla presente:

- curriculum vitae;
- ricevuta del bonifico bancario di Euro 1351,81 (I Acconto + €1,81 Marca da Bollo)
- 1 fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- 1 fotocopia del Codice Fiscale;
- 3 fotografie formato tessera;
- documentazione di iscrizione all'Associazione Italiana di Neuropsicologia (AINp) in qualità di Socio Straordinario (per i non soci), disponibile sul sito <http://www.ainp.it>
- ricevuta del bonifico bancario o del bollettino postale effettuato quale pagamento della quota associativa annuale AINp di Euro 60,00 (da versare sul conto corrente postale dell'AINp) come da bando del Master.

Luogo e Data _____ In fede _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(AI SENSI DELL'ART. 13 DLGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto/a

(Cognome) _____ (Nome) _____

DICHIARA ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, inoltre autorizza al trattamento dei propri dati personali e sensibili da parte dell'Istituto di Scienze Neurocognitive Aleksandr Lurija, con sede legale in via Borgone 57, 10139 Torino, esprimendo il proprio esplicito consenso ai sensi della legge 675/96 (“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali”), del D.Lgs 196/03 e successive modificazioni. Autorizza, infine, la pubblicazione sui portali www.istitutolurija.it e/o www.neuropsicologia.it delle tesi del Master o di parti di esse, elaborate dal/dalla sottoscritto/a.

Luogo e Data _____ In fede _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE

ALL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI NEUROPSICOLOGIA (AINP)

Alla Dott.ssa Claudia Iannotta, Presidente dell'Associazione Italiana di Neuropsicologia (AINP)

I sottoscritt_ _____

nat_ a _____ () il _____

cittadinanza _____ codice fiscale _____

residente a _____ () c.a.p. _____

via _____ n° _____

telefono _____ fax _____

e-mail _____

Professione _____

CHIEDE

di essere iscritt_ all'Associazione Italiana di Neuropsicologia (AINP),
in qualità di SOCIO STRAORDINARIO

ALLEGA alla presente:

- a) dichiarazioni sostitutive di certificazioni
- b) curriculum vitae

AMBITO DI INTERESSE IN NEUROPSICOLOGIA _____

MOTIVO DI INTERESSE ALLA NEUROPSICOLOGIA _____

Data _____

Firma del richiedente _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

__I__ sottoscritt__ _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,
ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere nato a _____ (____) il _____

di essere residente a _____ (____) in via _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio a livello universitario _____

in _____ conseguito presso l'Università di _____

in data _____ con voti _____

di (essere o non essere) _____ in possesso del diploma di abilitazione in/alla _____

_____ conseguito presso l'Università di _____

nella _____ sessione, con voti _____ di (essere o non essere) _____

iscritt__ all'Ordine/Albo dei/degli _____

dal _____ di (essere o non essere) _____

in possesso del diploma di specializzazione in _____

Luogo e Data _____ In fede _____

Firma per esteso

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DLGS. 196/2003

__I__ sottoscritt__ _____ **dichiara,**

ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, inoltre **autorizza** al trattamento dei propri dati personali e sensibili da parte dell'AINP - Associazione Italiana di Neuropsicologia, con sede legale in via Borgone 57, 10139 Torino, esprimendo il proprio esplicito consenso ai sensi della legge 675/96 ("Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"), del D.lgs 196/03 e successive modificazioni.

Luogo e Data _____ In fede _____

Firma per esteso



Associazione
Italiana di
Neuropsicologia

BREVE CURRICULUM

Nome _____ Cognome _____

Data di Nascita _____ Età _____

Indirizzo _____

Num. Telefono _____ email _____

TITOLI POSSEDUTI

DISCIPLINA E TITOLO DELLA TESI

ESPERIENZE PRATICHE E/O ATTIVITÀ LAVORATIVE SVOLTE

RICERCHE EFFETTUATE ED EVENTUALI PUBBLICAZIONI

SEMINARI E CORSI

ALTRO
