

SCUOLA DI FORMAZIONE IN CAA ANNO 2021

ATTENZIONE: barrare le caselle corrispondenti agli eventi cui si vuole partecipare, nel caso in cui si scelga singolo evento

ho partecipato alla Scuola di Formazione in CAA anno ____ / ____

EVENTI 1, 2, 3, 4 e 5

- **1) 18 - 19 - 20 MARZO 2021**

Introduzione alla Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA).

- **2) 15 - 16 - 17 APRILE 2021**

Persone con disabilità motoria, persone con disabilità intellettiva e persone a livello di Comunicazione Iniziale: progetti di CAA per sostenerne la competenza comunicativa.

- **3) 13 - 14 MAGGIO 2021**

Pnina Bialik: Assessment dinamico in CAA.

15 MAGGIO 2021

Dall'assessment alla programmazione dell'intervento.

- **4) 10 - 11 - 12 GIUGNO 2021**

Simboli, set e sistemi simbolici, display e VOCA; costruzione e uso di un sistema multimodale per la comunicazione.

- **5) 08 LUGLIO 2021**

Strumenti low tech e high tech e loro utilizzo in CAA.

09 - 10 LUGLIO 2021

L'approccio della Comunicazione Aumentativa ai disturbi dello spettro autistico.

EVENTO 6

- **16 - 17 SETTEMBRE 2021**

Dalla costruzione della competenza linguistica alla literacy e agli apprendimenti scolari nel bambino con complessi bisogni comunicativi.

- **18 SETTEMBRE 2021**

Bambini con complessi bisogni comunicativi e lettura: adattamenti ambientali, libri modificati e altri supporti per la lettura e la partecipazione.

EVENTO 7

- **14 - 15 OTTOBRE 2021**

J.M. Costello: Bisogni di CAA nel contesto ospedaliero - CAA e comunicazione alla fine della vita - CAA e SLA - Supporti di CAA per persone con disabilità complessa lungo l'arco di vita

- **16 OTTOBRE 2021**

Progetti di CAA e loro impatto nella vita delle persone con Complessi Bisogni Comunicativi.

Iscritto ad ISAAC ITALY per il periodo 1° gennaio – 31 Dicembre 2020 specificare estremi iscrizioni in corso: data invio

scheda.....categoria.....

ANAGRAFICA

DOTT. SIG. (barrare la casella corrispondente)

CognomeNome

Luogo e Data di nascita.....

ViaCittà

ProvinciaCAP

E-mail

Telefono

CREDITI PER EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM)

Sono interessato all'attribuzione dei crediti formativi (ECM) SI NO

Lavoro in qualità di: Professione* Disciplina* :.....

Svolgo attività come: Libero Professionista Dipendente Convenzionato

Presso.....

Privo di occupazione

Laurea in.....rilasciata dall'Università di.....

iscritto all'Ordine.....di.....

*Riferirsi all'elenco e ai codici relativi di Age.na.s- All. F e All G. del RepXml1_S.3.19_1_Modello_Report_Partecipanti_ECM_MATRICE

FATTURAZIONE

Fatturare a

Via Città

ProvinciaCAP

C.F. P.IVA

CIG (solo per Pubblica Amministrazione):

Per l'invio della **Fattura Elettronica** si richiede:

CODICE SDI:OVVERO PEC:.....

SE NON COMPILATI i campi precedenti indicare in quale regime si opera:

Nel caso in cui l'iscrizione sia a carico dell'**Ente di appartenenza** indicare se:

- L'ENTE DI APPARTENENZA A CUI FATTURARE BENEFICIA DI ESENZIONE IVA SI NO
- L'ENTE DI APPARTENENZA A CUI FATTURARE APPARTIENE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE SI NO

ULTERIORI SEGNALAZIONI:

Allergie e/o intolleranze alimentari.....

Mobilità.....

Per la fatturazione si utilizzeranno i dati sopra indicati; si prega di compilare tutti i campi richiesti e la modulistica privacy ai fini della validità della candidatura.

Data_____

Firma_____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,

letta l'Informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

do il consenso nego il consenso

alla raccolta di informazioni di carattere particolare, quali lo stato di salute (esistenza di eventuali allergie e/o intolleranze alimentari, inabilità), che siano necessarie alla Fondazione per erogare servizi adeguati alle mie esigenze.

Inoltre,

do il consenso nego il consenso

Al trattamento dei miei dati personali al fine di ricevere comunicazioni istituzionali, aggiornamenti e materiale informativo relativo alle campagne promosse, ai progetti di raccolta fondi e a tutte le attività culturali, divulgative, formative del Centro e della Fondazione.

CONSENSO ALL'UTILIZZO DELLE IMMAGINI

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____
_____ residente a _____ via _____

letta l'Informativa resa dalla Fondazione Benedetta d'Intino, ai sensi degli articoli 10 del Codice Civile, dell'articolo 96 della legge 633/1941 sulla protezione del diritto d'autore e successive modifiche e dell'art. 8 del Regolamento (UE) 2016/679

do il consenso nego il consenso

- a) all'utilizzo a titolo gratuito, delle mie immagini e/o dei video per le finalità e con le modalità di cui all'Informativa. In particolare autorizzo espressamente la pubblicazione e diffusione delle immagini nei canali di comunicazione del Centro e della Fondazione Benedetta Intino

Fatto salvo ogni uso improprio delle immagini o dei video che leda la dignità personale del sottoscritto interessato, dichiaro di non avere nulla a che pretendere ad alcun titolo presente e futuro in riferimento a quanto oggetto della presente autorizzazione.

Luogo e Data _____ Firma _____