



Associazione Diabetici della Provincia di Milano ONLUS

In collaborazione con
Associazione Diabetici Camuno Sebina onlus



MODULO DI PRE-ISCRIZIONE al **CORSO AVANZATO:**

A SCUOLA DI DIABETE

**La gestione ottimizzata del diabete in ogni momento della vita:
dalle conoscenze e competenze, all'azione**

7- 8-9 aprile 2017 Hotel San Martino, Via San Martino 28, Boario Terme (BS)

Destinatari: Persone con diabete in terapia insulinica multi iniettiva o con microinfusore o con micro più sensore che abbiamo già competenze sul conteggio dei carboidrati.

Cognome: _____ Nome _____
Età _____ Tel./cell _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____ Professione _____
In cura presso _____ Diabetologo _____
Terapia in atto per il diabete: Microinfusore Marca _____ Modello _____
Sensore Marca-Modello _____ Insulina multi iniettiva _____
Complicanze presenti _____ Intolleranze** _____
Ha già partecipato a corsi formativi sul Counting dei Carboidrati? **SI** __ **NO** __
Parteciperà con: Cognome: _____ Nome _____
Codice fiscale _____
Raggiungerò Boario con mezzo personale _____ con pullman _____

La invitiamo a prestare il Suo consenso al trattamento dei dati personali il cui conferimento è indispensabile per consentire la Sua/Vs. iscrizione al corso:

Firma: _____ . Data: _____

NOTE:

- 1. Inviare modulo a: A.D.P.MI. Via Castelvetro,32 20154 Milano
via fax al n. 02 9021567 o via e-mail: info@adpmi.org oppure mottesml@hotmail.com**
- 2. ADPMI darà la precedenza alla partecipazione a: 1) ai Soci ADPMI, 2) alla disponibilità a condividere la camera 3) all'ordine di iscrizione.**
- 3. ADPMI informerà tempestivamente dell'avvenuta accettazione dell'iscrizione a cui dovrà seguire il perfezionamento dell'iscrizione con il versamento della quota a mezzo bonifico bancario su conto corrente bancario IBAN: IT68 F 05584 0161700000011101 intestato a:
Associazione Diabetici Provincia MI –**
- 4. Il programma definitivo del corso verrà fornito agli iscritti appena disponibile**
- 5. Per ulteriori informazioni:**

Associazione Diabetici della Provincia di Milano

**Tel: 02-3494785 Segreteria Associazione,
02-99045848 Sig. A. Chiesa ore serali .**

**335352612 Sig.ra M.L.Mottes
sito web: www.adpmi.org**

- **Quota iscrizione per persona:**

Soci ADPMI 2017 con diabete €120 in camera doppia, .

Non Soci: con diabete €150 in camera doppia, (quota comprensiva di iscrizione all'ADPMI)

Accompagnatori €170 (quota comprensiva di iscrizione all'ADPMI)

Camera singola (sino a disponibilità) alle quote su riportate aggiungere 30 euro.

- a) **Accettata da ADPMI la pre-iscrizione dovrà essere versata, entro il 20/3/2017, la quota di partecipazione intera.**
- b) **In caso di mancata partecipazione la quota versata sarà rimborsata al 100 x 100 entro il 27 marzo, dopo nessun rimborso sarà effettuato.**

- **La quota comprende:** Viaggio AR in pullman, corso, materiale formativo, pensione completa, accesso alla SPA per quanto concordato, assicurazione per responsabilità civile.

- **Logistica:**

Partenze pullman:

7 aprile 2017 ore 14,00 da piazzale Bisceglie MM1-rossa, Milano, arrivo previsto all'Hotel san Martino ore 16,30

Inizio attività del corso ore 18,00

9 aprile: Partenza ore 16,30 dall'Hotel, arrivo previsto a Milano, piazzale MM Bisceglie ore 18,00.

AVVERTENZA IMPORTANTE*:

In caso di intolleranze alimentari avvisare il referente dell'Hotel alla reception e il personale addetto alla sala ristorante.

Alleghiamo modulo iscrizione all'Associazione Diabetici della Provincia di Milano da compilare ed inviare in contemporanea alla preiscrizione al Corso per quanti non già Soci ADPMI.

Associazione Diabetici della Provincia di Milano Onlus

C/o ASST Fatebenefratelli/Sacco Ospedale dei Bambini V. Buzzi, Via Castelvetro 32 - 20154 Milano
Tel 023494785 Cell 335352612 Fax 029021567 Email: info@adpmi.org Sito: www.adpmi.org
C/C Bancario: IBAN: IT68 F 05584 01617 00 00 00 011101 Codice Fiscale 06500540155



MODULO ISCRIZIONE ANNO 201.....

TESSERA N°

COGNOME _____ NOME _____

Codice Fiscale _____

Via _____ N° _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

E-mail _____ Telefono/Cell _____

Professione _____ Data di Nascita _____

Centro Diabetologico di riferimento _____

Dott. _____

Terapia: Insulina____ Microinfusore____ Terapia Ipoglicemizzanti____ Dieta _____

Diabetico dal _____ Non Diabetico ____

QUOTA VERSATA

20? Socio Ordinario

50? Socio Sostenitore

Altro ? _____

pagamento tramite: Conto Corrente Postale____ Bonifico Bancario ____ Contanti____

In data _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AI SENSI DELL'ARTICOLO 11 DELLA LEGGE 675/96

Del 31/12/96 "Tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali "

Io sottoscritto _____

Presta il consenso a che i propri dati personali siano gestiti in esclusiva conformità ai fini previsti dallo statuto dell'Associazione Diabetici della Provincia di Milano.

Ai sensi dell'Articolo 10 della predetta legge sono stato preventivamente informato che:

1. I miei dati personali sono conservati e custoditi sul libro soci in forma cartacea e/o informatica per gli adempimenti connessi alle attività dell'Associazione.
2. Detti dati verranno trattati con la massima riservatezza e verranno comunicati esclusivamente nell'ambito dei diversi settori dell'Associazione per finalità interne, con esclusione di ogni diffusione e comunicazione a soggetti terzi alla stessa Associazione se non con il mio espresso consenso come prescritto dall'Art. 20 comma 1° lettera A della Legge.
3. In relazione al trattamento dei miei dati personali possono esercitare i diritti di cui all'Art. 13 della Legge.

Data _____ Firma _____

**Da inviare a A.D.P.Mi. a mezzo: FAX n° 029021567 oppure e-mail: info@adpmi.org mottesml@hotmail.com
oppure per posta a: A.D.P.MI via Castelvetro, 32, 20154 MILANO**