



FOTOTESSERA

Domanda di iscrizione all'Istituto di Scienze Neurocognitive Aleksandr Lurija  
e accordo di partecipazione alla Edizione 2014 del Corso Teorico-Pratico di Alta Formazione:  
**"LE DEMENZE: DIAGNOSI E RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA"**  
della SINps - Anno 2014 (scadenza iscrizione 05 MAGGIO 2014)

Prot. | | | | | / | | | | | del | | | / | | | / | | | | |

Matricola | | | | | | | | | |

Spazio riservato alla Segreteria

Il/La sottoscritto/a

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

di essere iscritto/a all'Istituto di Scienze Neurocognitive Aleksandr Lurija e di partecipare al Corso Teorico-Pratico di Alta Formazione:

**"LE DEMENZE: DIAGNOSI E RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA" (60 ore)**  
che si terrà nelle sede di **BARI** da **MAGGIO** a **LUGLIO 2014**

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 \_\_\_\_\_

**Dati per EMISSIONE RICEVUTA**

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

cod.fisc. \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_



Domanda di iscrizione all'Istituto di Scienze Neurocognitive Aleksandr Lurija  
e accordo di partecipazione alla Edizione 2014 del Corso Teorico-Pratico di Alta Formazione:  
**“LE DEMENZE: DIAGNOSI E RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA”**  
della SINps - Anno 2014 (scadenza iscrizione 05 MAGGIO 2014)

Il/La sottoscritto/a

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

**DICHIARA altresì:**

1. di aver preso visione dello **Statuto dell'Istituto di Scienze Neurocognitive Aleksandr Lurija** (anche visionabile presso la sede dell'Istituto) e del **Bando del Corso** in oggetto pubblicato sul sito [www.istitutolurija.it](http://www.istitutolurija.it) e/o sul Portale NEUROPSICOLOGIA.it ([www.neuropsicologia.it](http://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;
2. di essere conscio/a che la partecipazione al Corso si intende perfezionata all'atto dell'avvenuto ricevimento della domanda di iscrizione e all'accreditamento del bonifico sul conto corrente bancario dell'Istituto Lurija.
3. di essere a conoscenza che il costo del Corso Teorico-Pratico di Alta Formazione “Le Demenze: Diagnosi e Riabilitazione Neuropsicologica” è di Euro 1352,00 (comprensivo di Marca da Bollo di Euro 2,00) e di impegnarsi ad effettuare il pagamento entro il **05 maggio 2014**
4. di essere a conoscenza che in caso di rinuncia alla partecipazione al Corso Teorico-Pratico di Alta Formazione “Le Demenze: Diagnosi e Riabilitazione Neuropsicologica”, dovrà darne comunicazione entro il **05 maggio 2014**, via fax al nr. 011.19790175, per aver diritto al rimborso del 50% dell'importo versato tramite bonifico bancario e che oltre tale data non avrà diritto ad alcun rimborso;
5. di essere a conoscenza che la quota di partecipazione versata verrà restituita integralmente, senza sanzioni penali, solo in caso di annullamento del Corso Teorico-Pratico di Alta Formazione “Le Demenze: Diagnosi e Riabilitazione Neuropsicologica” da parte dell'Istituto Lurija;
6. di essere informato che la partecipazione al Corso in oggetto è vincolata all'iscrizione all'Associazione Italiana di Neuropsicologia (AINp);
7. di essere a conoscenza che la quota associativa per l'anno 2014 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 per i partecipanti al Corso, salvo buon fine del pagamento dovuto per la partecipazione allo stesso;
8. 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 Corso, salva diversa comunicazione per iscritto, con foro competente, per eventuali controversie, di Torino.
9. di **ALLEGARE** alla presente:
  - curriculum vitae;
  - ricevuta del bonifico bancario di Euro 1352,00 (comprensivo di Marca da Bollo di Euro 2,00)
  - 1 fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
  - 1 fotocopia del Codice Fiscale;
  - 2 fotografie formato tessera;
  - documentazione di iscrizione all'Associazione Italiana di Neuropsicologia (AINp) in qualità di Socio Straordinario (per i non soci), allegata alla modulistica di iscrizione e disponibile anche 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](http://www.istitutolurija.it) e/o [www.neuropsicologia.it](http://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 \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(D.P.R. 20 Ottobre 1998 n° 403)

\_\_I\_\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

### DICHIARA:

- a)** di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_
- b)** di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_
- c)** di essere in possesso del seguente titolo di studio a livello universitario \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ conseguito presso l' Università di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_
- d)** di \_\_\_\_\_ (essere o non essere) in possesso del diploma di abilitazione  
in/alla \_\_\_\_\_  
conseguito presso l' Università di \_\_\_\_\_ nella sessione \_\_\_\_\_  
con voti \_\_\_\_\_
- e)** di \_\_\_\_\_ (essere o non essere) iscritt\_ all'Ordine/Albo dei/degli \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ iscrizione nr. \_\_\_\_\_
- f)** di \_\_\_\_\_ (essere o non essere) \_\_\_\_\_ in possesso del  
diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_

### DICHIARA altresì

di essere stat\_ ammonit\_ sulle responsabilità penali, di cui all'articolo 26 della legge 4 gennaio 1968 n° 15, cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

\_\_I\_\_ sottoscritt\_ esprime, inoltre, 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, al trattamento dei propri dati personali e sensibili da parte dell'AINp ed alla loro pubblicazione sul sito internet dell'AINp.

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

in fede \_\_\_\_\_

## **CURRICULUM VITAE SOCIO STRAORDINARIO**

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### **1. TITOLI POSSEDUTI**

### **2. DISCIPLINA E TITOLO DELLA TESI DI LAUREA**

### **3. ESPERIENZE PRATICHE E/O ATTIVITA' LAVORATIVE SVOLTE**

**4. ESPERIENZE PRATICHE E/O ATTIVITA' LAVORATIVE ATTUALI**

**5. RICERCHE EFFETTUATE ED EVENTUALI PUBBLICAZIONI**

**6. SEMINARI E CORSI**

**6. ALTRO**

*Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della legge 675/96 e del D.lgs 196/03.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_