SOCIO AIM

**AUTOCERTIFICAZIONE FORMAZIONE PROFESSIONALE CONTINUA (FPC)**

**NELL’ANNO ……**

 Dichiarazione sostitutiva (D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto/a……………………………………..……………………………………………........................

socio professionista AIM n°……/………

nato/a a …………………………………….………………prov. di ………….…… il ………………….……

codice fiscale …………………………………………………………………………………………..………..

residente in via/piazza ………………………………………………….... ……….. n°……… .cap. ……….…

domiciliato in………………………………………………….……..prov. di………………………………….

via/piazza…………………………………………………………………………....n°………..cap. ………….

 tel. ……………………………………………..        cell………….................................................................

e-mail…………………………………………..…………………….@..............................................................

PEC mail…………………….………………………………………@..............................................................

**DICHIARO**

*di avere svolto* ***formazione professionale continua nell’anno …..***

*partecipando ai seguenti eventi formativi (a titolo esemplificativo: seminari, convegni, workshop, intervisioni, supervisioni, riunioni di équipe nella struttura presso cui si lavora…)* *indicare i dettagli degli eventi:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA EVENTO FPC formazione professionale continua** | **TIPOLOGIA e TITOLO evento**  | **ISTITUZIONE ORGANIZZATRICE** | **Numero ore** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *intervisioni, supervisioni, riunioni di équipe nella struttura presso cui si lavora* |
| **PERIODO DI SVOLGIMENTO** | **CONTESTO DI LAVORO** | **TIPOLOGIA e NOME REFERENTE** | **Numero ore** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*In caso di necessità aggiungere ulteriori righe*

**Parziale o mancato aggiornamento**

Il sottoscritto dichiara di non aver effettuato aggiornamento professionale o di averlo effettuato solo parzialmente a causa di:

(ad es.) maternità, gravidanza, degenza, malattia, altro (specificare)

ATTENZIONE: In qualsiasi momento AIM potrà richiedere l’esibizione della documentazione

attestante la partecipazione agli eventi formativi dichiarati.

**Informativa sulla Privacy** resa ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 2016/679. Il **Titolare del Trattamento** è AIM – Associazione Italiana Professionisti della Musicoterapia che tratterà i suoi dati allo scopo di iscrivere il Professionista all’Associazione e di adempiere ai conseguenti obblighi contrattuali e di legge nascenti (f**inalità del trattamento**). La **base giuridica** che legittima il trattamento è l’esecuzione del contratto associativo. Il conferimento dei dati è facoltativo, un eventuale rifiuto di fornire i dati determinerà l’impossibilità per l’interessato di iscriversi ad AIM. I suoi dati non saranno in nessun caso ceduti o trasferiti a terzi. Alcuni suoi dati personali saranno pubblicati nel sito web istituzionale per adempiere ad obblighi di cui alla L. n. 4/2013 a cui è soggetto il Titolare. Potrà esercitare i suoi diritti, sanciti dal GDPR agli artt. 15-22, e prendere visione dell’informativa completa chiedendone copia scrivendo a segreteria@aim-musicoterapia.it .

DICHIARAZIONI:

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sotto mia personale responsabilità dichiaro:

a) che tutti i dati indicati nella presente relativi all’aggiornamento professionale continuo corrispondono al vero e, pertanto, mi rendo disponibile in qualunque momento ad esibire i documenti comprovanti i titoli dichiarati;

b) di accettare il trattamento dei miei dati personali da parte di AIM per le finalità connesse alla attività associativa.

⏭ Si lo dichiaro

**PRIVACY**

**Dichiaro di aver letto l'informativa Privacy e di dare il mio consenso al trattamento dei miei dati per le finalità connesse alla verifica dei requisiti come previsto da Statuto e Regolamento AIM.**

⏭ Si lo dichiaro

**Si allega alla presente:**

* **Copia di un documento d'identità**

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                               Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_