

**MODULO DI ISCRIZIONE GIORNATA DI FORMAZIONE 11 Novembre 2021**

<b>COGNOME</b>	
<b>NOME</b>	
<b>INDIRIZZO</b>	
<b>TELEFONO CELL.</b>	
<b>MAIL</b>	

Essendo la realtà virtuale e le sue applicazioni estremamente nuove nel campo della riabilitazione al fine di consentire ai docenti di capire il livello di conoscenza ti preghiamo di rispondere ai seguenti quesiti.

Titolo di Studio	
Attività professionale prevalente:	
Hai delle conoscenze sulla realtà virtuale	
Hai delle conoscenze specifiche sulle capacità percettive cognitive:	
Hai usato strumentazioni per la valutazione oggettiva dell'attenzione, se si quali:	

*Trattamento dei dati e uso delle immagini*

I dati raccolti saranno registrati, elaborati, gestiti e archiviati in forma cartacea, automatizzata e informatizzata per le esclusive finalità di ricerca, in forma assolutamente anonima. I dati, collettivamente raccolti, saranno soggetti ad elaborazione statistica e in questa forma, sempre assolutamente anonima, inseriti in pubblicazioni e/o congressi, convegni e seminari scientifici.

Uso delle immagini: Durante la raccolta dei dati verranno realizzare delle immagini fotografiche e video che verranno utilizzate al solo scopo di divulgare la manifestazione realizzata.

*Ai sensi del D. Lgs. 196 del 30.06.2003, autorizzo l'associazione Alleanza per l'inclusione Via Chiuppani 42; Bassano del Grappa (Vi) a sottoporre al trattamento i dati personali che mi riguardano per attività di ricerca e divulgazione. In particolare autorizzo a trattare, oltre ai dati comuni, anche i miei dati così detti sensibili e a diffonderli, resi anonimi.*

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_