

**MODULO DI RICHIESTA
ACCREDITAMENTO CORSI DI
FORMAZIONE per
mediatori professionisti**

Spett.le Associazione Brain Med
Via Dentice D' Accadia, 29
84014 – Nocera Inferiore (SA)

SCHEDA DATI ENTE FORMATIVO E RAPPRESENTANTE LEGALE

La/il sottoscritta/o _____ (*)
in qualità di legale rappresentante p.t. dell'ente denominato _____
con sede legale in _____
provincia _____ indirizzo _____
numero civico _____ C.A.P. _____ codice fiscale _____
partita IVA _____ telefono _____
fax _____ cellulare _____
e-mail _____ sito web _____

CHIEDE

l'accreditamento del seguente corso professionale in:

- Mediazione penale/penale minorile
- Mediazione scolastica
- Mediazione culturale religiosa
- Mediazione in Marchi e brevetti
- Mediazione in impresa
- Mediazione sociale

** autorizzo la BRAIN MED all'uso dei dati telefonici e telematici forniti allo scopo di contattarmi in funzione della presente richiesta di approvazione.*

Firma e timbro

Allegato 1

SCHEMA DATI CORSO DI FORMAZIONE

1) Titolo del corso: _____

2) Durata del corso: _____

3) Numero ore complessive di tutta la formazione impartita: _____

4) Numero ore sulla mediazione in generale (minimo 25): _____

5) Numero ore sulla comunicazione (minimo 25): _____

6) Numero ore di specializzazione (minimo 25): _____

7) Date previste di inizio e termine della formazione: Inizio: (_____) termine: (_____)

8) Numero previsto di partecipanti: (minimo 20) _____

9) Luogo previsto per svolgimento del corso: _____

10) Quota di partecipazione prevista: € _____

Allegato 2

PARTE SPECIALISTICA

11) Parte specialistica:

•Descrizione sintetica _____

• Descrizione estesa: _____

Direttore didattico del corso

Il Direttore Didattico del corso, viene individuato nella persona del Prof. Paolo Salvatore Nicosia, in qualità di Responsabile Scientifico dell'Associazione Brain Med ed in qualità di esperto come negoziatore, mediatore, professore universitario, team leader- expert in progetti internazionali sull'ADR.

Docente per la lezione sulla mediazione in generale

REQUISITI OBBLIGATORI: essere un formatore iscritto presso l'Associazione BRAIN MED in riferimento a quanto previsto dal regolamento interno.

Cognome _____ Nome _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

E-mail _____

Docente per la lezione sulla comunicazione

REQUISITI OBBLIGATORI: essere un formatore iscritto presso l'Associazione BRAIN MED in riferimento a quanto previsto dal regolamento interno.

Cognome _____ Nome _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

E-mail _____



Docente per la lezione sulla specialistica

REQUISITI OBBLIGATORI: essere un formatore iscritto presso l'Associazione BRAIN MED in riferimento a quanto previsto dal regolamento interno.

Cognome _____ Nome _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

E-mail _____

SCHEDA REQUISITI DI AMMISSIONE

1) Quali sono i criteri e le procedure di ammissione utilizzati?

- Laurea triennale Laurea magistrale Specializzazione e/o Master
- Curriculum vitae Esperienza pratica/lavorativa
- Colloquio di ammissione
- Formazione sociale extra-universitaria
- Iscrizione all'ordine/all'albo (specificare _____)
- Altro (specificare _____)
-

2) Specificare i titoli di laurea necessari per l'ammissione?

- Area umanistica (specificare _____)
- Area giuridico-legale (specificare _____)
- Altro (specificare _____)

ESAME FINALE

1) Breve descrizione dell'esame finale:

- Scritto
- Orale

2) Sono previste verifiche in itinere della preparazione?

- Sì
- No

3) Modalità di svolgimento

IL SOTTOSCRITTO, IN QUALITA' DI RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ENTE, DICHIARA CHE:

- 1) i locali che ospiteranno il corso sono in regola con le normative sulla sicurezza (L. 626);
- 2) è previsto tesi, esame scritto e prova pratica (role-playing) finale con attribuzione di un giudizio complessivo;
- 3) il Direttore del corso è un formatore iscritto all'Associazione Brain Med;
- 4) i partecipanti all'esame compileranno il questionario atto a raccogliere le valutazioni sul corso;
- 5) verrà tenuto un puntuale registro delle presenze che dovrà essere messo a disposizione dell'Associazione Brain Med, in quanto i partecipanti che non avranno frequentato almeno l'80% delle ore di lezione non potranno accedere all'esame finale;
- 6) l'attestato finale di conclusione del corso e di superamento dell'esame finale in tutte le sue prove riporterà il n. di codice assegnato al corso dalla Brain Med;

Di accludere alla presente richiesta i seguenti **allegati obbligatori**:

- Calendario dettagliato del corso (lezioni/materie, docenti, giorni, orari)
- Statuto e/o descrizione delle attività dell'Ente
- Brochure del corso

**Ricevuta del versamento dell'importo di Euro 500,00 (cinquecento/00) sul C/c Bancario:
Associazione BRAIN MED – BANCA SELLA - Filiale di Nocera Inferiore (SA) – IBAN: IT
82 L 03268 76271 052441282190**

COMPILATO E RILETTO QUANTO SOPRA DICHIARATO

Prendono atto, inoltre, che ogni dichiarazione inesatta o mendace attinente la presente richiesta potrà comportare la revoca dell'accREDITAMENTO eventualmente concesso.

Luogo e data _____

Firma del rappresentante legale dell'Ente
IN FEDE

(*) *Si allega copia di un documento di identità in corso di validità.*

I termini di accREDITAMENTO o di rigetto della domanda sono di 90 gg. dalla data della presente richiesta.