

SCHEDA ISCRIZIONE ESTERNI

1. Dati personali e indirizzo – SI RACCOMANDA DI SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE !

Cognome Nome
Genere M F Codice Fiscale
Professione Disciplina*
* la disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti, chimici e psicologi.
Solo per le professioni ordinate: Iscritto all'Ordine/ Collegio della Provincia di (sigla):
Solo per la professione medica: specificare SE SPECIALIZZANDO (barrare con una X)
Barrare con X: Dipendente Convenzionato Libero professionista Privo di occupazione
Luogo di nascita Prov. Data di nascita
Indirizzo: Via N° Comune CAP Prov.
Telefono casa Cell. E-mail

2. Sede di attività: Azienda
Dipartimento Strutt Tel.

3. Corso prescelto: **GIORNATA REGIONALE DELLA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE 2018**
Codice corso **18311** Data di inizio **13/12/'18** Se Formazione Sul Campo, barrare con X

4. Sponsorizzazione (barrare): NO SÌ Se sì, indicare l'importo

Nome sponsor *Allegare documentazione (invito sponsor)*

5. Dati obbligatori per l'emissione della fattura:

Ragione sociale o Cognome e Nome
Indirizzo: Via N° Comune
CAP Prov. telefono
Partita IVA e Codice Fiscale

Successivamente alla sua emissione non verranno prese in considerazione richieste di modifica dei dati relativi all'intestazione della fattura. La fattura relativa alla quota d'iscrizione è esente da IVA, ai sensi dell'art.10, punto 20 del DPR 26/11/1972 n.633 e succ. modificazioni.

In caso di iscrizione a titolo personale, la quota di iscrizione è comunque esente IVA, in ragione del comma 10, art. 14 Legge 537 del 24/12/1993 e s.m.i.

6. Modalità di pagamento: La quota di partecipazione, pari a € ***
verrà versata alla Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine con indicazione nella causale** del codice del corso e della data di svolgimento, con bonifico a:

CC corrente postale 12408332

IBAN IT 38 0 02008 12310 000103533410 UNICREDIT S.P.A. Via Vittorio Veneto 20, 33100 Udine

*** Se l'importo è superiore a € 77,47 è d'obbligo il versamento di ulteriori 2 euro, per l'apposizione della marca da bollo virtuale prevista dall'agenzia delle entrate. In questo caso, nella causale** di pagamento specificare: "quota iscrizione € ..." e "marca da bollo € 2,00".

Far pervenire la ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione alla Formazione (VEDI RETRO).

Barrare se il caso:

Sono presenti prescrizioni da tenere in considerazione durante l'effettuazione della parte pratica.

Data Firma dell'interessato

Se l'intestatario della fattura è una pubblica amministrazione, si richiede timbro e firma dell'amministrazione inviante.

In caso di mancata compilazione del punto 5, si considera intestatario il nominativo indicato al punto 1.

Timbro Firma dell'Amministrazione inviante

Informativa sulla Privacy

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che la Funzione di Staff Formazione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa di tutela del trattamento dei dati personali.

Il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché la mancata comunicazione dei Suoi dati identificativi determina l'impossibilità di attribuirLe i crediti formativi, nonché di redigerLe ed inviarLe l'attestazione di frequenza al corso.

I dati da Lei forniti saranno custoditi dall'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine e trattati in modo cartaceo ed informatico, attraverso l'utilizzo dei sistemi di sicurezza aziendali, ai fini di espletare le finalità previste dal D.Lgs. 229/99 (istituzione del sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina) e dalla Deliberazione n. 2201 del 20/11/2014 della Regione Friuli Venezia Giulia (Approvazione Linee guida per il sistema regionale di formazione continua e ECM). Saranno inoltre comunicati al Cogeaps per la banca dati nazionale.

Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, Lei ha diritto in qualsiasi momento di ottenere, a cura del Responsabile del trattamento, nella persona del Responsabile della Funzione di Staff Formazione, informazioni sul trattamento dei suoi dati, sulle sue modalità e finalità e sulla logica ad esso applicata.

Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, con sede legale e amministrativa in via Pozzuolo n. 330, 33100 Udine.

8. Consenso del partecipante al trattamento dei dati

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le finalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

Luogo **Data** **Firma**

La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti dal Ministero e dalla Regione Friuli Venezia Giulia per l'accreditamento ECM:

**va inviata a mezzo posta o fax a: Funzione di Staff Formazione
P.le S. Maria della Misericordia n.11
33100 UDINE
tel. 0432-554330 fax 0432-554381 e-mail: sabrina.tortul@asuiud.sanita.fvg.it.**