|  |
| --- |
| 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 |  | Struttura |  | Tel. |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3. Corso prescelto:**  |   |
|  |  |  |  |  |  |
| Codice corso |  | Data di inizio |   |  Se **F**ormazione **S**ul **C**ampo, 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 € \_\_\_\_\_\_\_\_\_(comprensiva di IVA, se dovuta), |
| 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 O 02008 12310 000103533410** UNICREDIT S.P.A. Via Vittorio Veneto 20, 33100 Udine |
| **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: formazione@asuiud.sanita.fvg.it.