

**1. Dati personali e indirizzo – SI RACCOMANDA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO**

Cognome Nome
Codice fiscale personale
Professione Disciplina
Tipo professionista: *barrare con X*: Dipendente Convenzionato Libero professionista
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: **DRYNEEDLING TOP30** DATA : 20-21-22 OTTOBRE 2017

4. 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.

5. Modalità di pagamento

La quota di partecipazione, pari a - **€550,00** (comprensiva di IVA), verrà versata all'Associazione Aula Magna, con indicazione nella causale del titolo del corso e della data di svolgimento, per mezzo di

Bonifico bancario con le seguenti specifiche: UNICREDIT IBAN IT43U0200815203000102974233

Far pervenire la ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione all'indirizzo mail formazioneaulamagna@gmail.com

6. Dichiarazione

Dichiaro di essere a conoscenza delle norme che regolamentano la frequenza ai corsi ed in particolare del *Regolamento sulla formazione continua* e della *Carta dei Servizi*

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 4, si considera intestatario il nominativo indicato al punto 1.
SE MEMBRO DI UN'ASSOCIAZIONE FORNIRE NUMERO DI TESSERA

Timbro Firma inviante

IMPORTANTE: LEGGERE E FIRMARE SUL RETRO

**Informativa sulla Privacy**

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che l'Associazione Aula Magna 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'Associazione Aula Magna 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). Saranno inoltre comunicati alla Commissione Regionale ECM (ovvero alla Commissione Nazionale ECM, per i convegni ad accreditamento 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 del Servizio Formazione, informazioni sul trattamento dei suoi dati, sulle sue modalità e finalità e sulla logica ad esso applicata.

Titolare del trattamento è l'Associazione Aula Magna, via Michelangelo testa, 8, Salerno.

7. 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 per l'accREDITAMENTO ECM e va inviata a mezzo mail a formazioneaulamagna@gmail.com