

**SCHEMA DI ISCRIZIONE**  
**Roma, 25 novembre 2023- Evento n° 3773-399982**

**Il/ La sottoscritto/a (NOME/COGNOME)** \_\_\_\_\_

**Nato/a a** \_\_\_\_\_ **Prov .** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **Residente a** \_\_\_\_\_

**Prov .** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_ **c.a.p .** \_\_\_\_\_ **Cell** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_ **P.Iva** \_\_\_\_\_

La fatturazione elettronica obbligatoria tra privati e verso i consumatori entrerà in vigore dal 1° gennaio 2019 (legge di Bilancio 2018 - L. 205/179).

**E-mail PEC** \_\_\_\_\_

**Specificando il Vostro Codice Destinatario** \_\_\_\_\_

**E.mail** \_\_\_\_\_

**Laureato in** \_\_\_\_\_

**Partecipante Reclutato**     **NO**     **SI Specificare** \_\_\_\_\_

Si considera reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.

**Disciplina (campo obbligatorio per Medico Chirurgo e Psicologo)** \_\_\_\_\_

**N°iscrizione Ordine Professionale(campo obbligatorio)** \_\_\_\_\_

**RICHIEDENTE ECM**

**NON RICHIEDENTE ECM**

**LIBERO PROFESSIONISTA**

**DIPENDENTE**

**CONVENZIONATO**

**PRIVO  
OCCUPAZIONE**

*Chiede di essere ammesso al corso:*

*Il progetto di vita individuale partecipato e personalizzato:  
dalla valutazione delle preferenze agli esiti personali*

**Come sei venuto a conoscenza dell'evento?** \_\_\_\_\_

**Struttura/Ente di provenienza** \_\_\_\_\_

**INTESTAZIONE FATTURA.** Comunicare alla segreteria Organizzativa i dati per la fatturazione, se diversi da quelli sopra indicati, con almeno 10 giorni di anticipo.

Il pagamento dovrà essere effettuato indicando la causale “ **Corti2023** ”

Intestato a : **Idea Prisma 82 Cooperativa Sociale**

Banca BNL GRUPPO BNP PARIBAS IBAN: IT 77 I 01005 03236 0000 0000 3521

**In caso di Non raggiungimento del numero minimo di partecipanti scrivere il proprio IBAN per la restituzione della quota versata:** \_\_\_\_\_

**Trattamento dei dati personali**

Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 – Regolamento generale per la Protezione dei dati personali, il sottoscritto, avendo letto e compreso l’informativa, autorizza il trattamento - sia su supporto informatico che cartaceo - dei dati forniti ai soli fini del Corso e della procedura ECM, in particolare ai fini della trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo “elenco e recapiti dei partecipanti” e del rilascio dell’attestato finale, nella piena tutela dei propri diritti della riservatezza dei dati.

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

**N.B. TUTTI I DATI RICHIESTI DEVONO ESSERE COMPILATI OBBLIGATORIAMENTE.**  
**Si prega di scrivere in stampatello.**