



### 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 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 Friuli Centrale con indicazione nella causale\*\* del codice del corso e della data di svolgimento, con bonifico a:

IBAN IT 70 J 02008 12310 000105831374 (Utilizzabile solo da privati)

\*\*\* 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



## INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, le forniamo le informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali per finalità formative.

Il Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale in persona del proprio Direttore Generale quale legale rappresentante, con sede in 33100 Udine, via Pozzuolo n.330, tel 04325521, e-mail: [privacy@asufc.sanita.fvg.it](mailto:privacy@asufc.sanita.fvg.it), PEC [asufc@certsanita.it](mailto:asufc@certsanita.it)

### Responsabile della protezione dei dati

Il Responsabile della protezione dei dati ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE è l'Avv. Fabio Balducci Romano e-mail: [rpd@asufc.sanita.fvg.it](mailto:rpd@asufc.sanita.fvg.it), PEC: [asufc@certsanita.it](mailto:asufc@certsanita.it)

### Finalità e base giuridica del trattamento

I Suoi dati personali sono trattati per lo svolgimento delle attività formative promosse dal Titolare, ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute" del 2 febbraio 2017.

I Suoi dati personali sono trattati per la soddisfazione della richiesta di partecipazione alle attività formative promosse dal Titolare, nonché per la gestione di detto rapporto

### Modalità del trattamento

Le operazioni di trattamento sono svolte con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati.

Il Titolare dispone l'utilizzo di adeguate misure di sicurezza al fine di preservare la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei suoi dati personali, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 32 del Regolamento UE, in materia di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 29 del Regolamento UE.

I Suoi dati personali sono conservati in archivi cartacei, informatici e telematici.

### Destinatari dei dati personali, comunicazione e diffusione

Il conferimento dei dati personali è necessario per l'espletamento dell'attività formativa prevista.

I Suoi dati personali sono trattati dal personale delle funzioni aziendali deputate delle finalità sopra indicate, che sono espressamente autorizzati e formati.

Sono destinatari dei Suoi dati i seguenti soggetti, designati dal Titolare ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento UE, quali responsabili del trattamento ad Insiel S.p.A.

I Suoi dati personali saranno comunicati, ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute" del 2 febbraio 2017:

- al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie («Co.Ge.A.P.S.»);
- alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

### Periodo di conservazione

I suoi dati personali saranno conservati secondo le normative vigenti.

### Diritti dell'interessato

In ogni momento potrà esercitare, ai sensi degli articoli da 15 a 22 del regolamento UE 679/2016, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa la finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie dei destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione o l'opposizione al trattamento che la riguarda;
- d) proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'articolo 7 del Regolamento UE 2016/679

Io sottoscritto .....

nato a ..... il .....

codice fiscale .....

residente a (Comune, Prov.) .....

via/piazza .....

*Ricevute le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE e consapevole che il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte,*

Data ..... (firma estesa e leggibile)

**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:**

**Sviluppo delle Competenze e Formazione**  
tel. 0432-554330 fax 0432-554381 e-mail: [formazione.asuiud@asufc.sanita.fvg.it](mailto:formazione.asuiud@asufc.sanita.fvg.it)