



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.	
Recapito telefonico		E-mail	

2. Sede di attività: Azienda

3. Corso prescelto:

Codice corso Data di inizio Obbligo crediti ECM? ☐ Sì ☐ No ☐

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 successive 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 pagamento (se prevista quota iscrizione): 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:

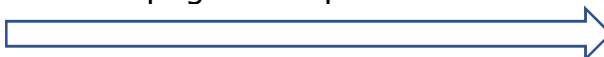
- ☐ IBAN IT80E0306912344100000046104 (Utilizzabile solo da privati)
- ☐ CC Conto corrente postale n. 1049064320

*** 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".

È necessario compilare anche la seconda pagina del presente modulo.



Barrare se il caso:

☐

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

7. Informativa Privacy Sintetica (art. 13 Regolamento UE 2016/679)

L'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (Titolare del trattamento) informa che i dati forniti sono raccolti esclusivamente per la gestione dell'attività formativa richiesta e per i correlati adempimenti di legge ed ECM (comunicazione a Regione FVG e Co.Ge.A.P.S.). Il conferimento dei dati è obbligatorio per perfezionare l'iscrizione.

Il testo integrale dell'informativa, con l'indicazione dei diritti dell'interessato, è disponibile sul sito internet TOM_ASUFC nella sezione "Documenti in evidenza" oppure richiedendolo alla segreteria organizzativa.

Il sito internet è raggiungibile anche attraverso il QR Code sotto riportato.

Data

Firma dell'interessato

La firma attesta anche il consenso al trattamento dei dati forniti nel presente modulo.

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



Accesso a TOM

Far pervenire la ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione alla Formazione:

SOSD Formazione e Sviluppo Professionale: formazione@asufc.sanita.fvg.it
Sede di San Daniele: formazione.aas3@asufc.sanita.fvg.it
Sede di Palmanova: cfa.ass5@asufc.sanita.fvg.it