



SCHEDA di ISCRIZIONE

Area Formazione Ricerca

COMPLETARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO E IN MODO LEGGIBILE

Inviare alla Segreteria Organizzativa – Claudia Olcese/Lena COSULICH
tel.: 010/5636.2866/2865, fax: 010/3779821, e-mail: claudiaolcese@gaslini.org/lenacosulich@gaslini.org

Titolo evento: SIDS e ALTE. Multidisciplinarietà e sinergie: Linee Guida e protocolli

Rif. ECMPG **SIDS**

Rif. ECMPG **ALTE**

Sede: Villa Quartara, Genova

Data: 5-6 ottobre 2018

Frequento il corso (barrare):

SIDS (5 ottobre 2018)

ALTE (6 ottobre 2018)

ENTRAMBI (5 e 6 ottobre 2018)

COGNOME **NOME**

Luogo di nascita.....Data di nascita.....

Codice fiscale

Professione Disciplina/e Privo di specializzazione

Dipendente Convenzionato Libero professionista Privo di occupazione

Tel.....Cell.....

Fax e-mail.....

Iscritto a:

ORDINE prov. _____ n. _____ COLLEGIO prov. _____ n. _____

ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE n. _____ NESSUNO

Indirizzo di lavoro:

Ente/Istituto.....U.O./Reparto.....

Vian.

CAP.....Città.....Prov.....Tel.....

Fax..... e-mail

EVENTUALE RECLUTAMENTO DA PARTE DI SPONSOR

Dichiaro di essere stato reclutato da _____

In fede: _____



SCHEDA di ISCRIZIONE Area Formazione Ricerca

PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE (ESENTE IVA)

QUOTA DI ISCRIZIONE:

- una sola giornata:** € 85,00.= (Medico e Psicologo) - € 68,00.= per Socio SIAPEC;
€ 30,00.= (Specializzando, Tecnico sanitario Lab. biomedico, Infermiere, Infermiere pediatrico, Ostetrico)
- due giornate:** € 125,00.= (Medico e Psicologo) - € 100,00.= per Socio SIAPEC;
€ 50,00.= (Specializzando, Tecnico sanitario Lab. Biomedico, Infermiere, Infermiere pediatrico, Ostetrico)

da versare tramite **bonifico bancario** intestato a:

Istituto Giannina Gaslini, Banca CARIGE – Ag. 58 Genova c/c n. 4632/90
ABI 6175 – CAB 01583 - IBAN IT 43Y0617501583000000463290 – CIN Y

Nella CAUSALE indicare:

- “**FORMAZIONE – corso SIDS**” (per iscrizione al solo corso SIDS)
“**FORMAZIONE – corso ALTE**” (per iscrizione al solo corso ALTE)
“**FORMAZIONE – SIDS e ALTE**” (per iscrizione a d entrambi i corsi)

e trasmettere copia del bonifico via mail/fax insieme alla scheda (fax: 010 3779821)

N.B. La quota può essere rimborsata solo a fronte di pre-avviso ricevuto entro 5 gg. dalla data di inizio dell'evento

INDICAZIONI PER LA FATTURAZIONE (dati obbligatori)

Intestare a:

via.....n.CAP.....Città.....

P.IVA/CF (se coincidono): _____

e CF (se non coincidono): _____

chi possiede sia il CF sia la P.IVA, deve specificare entrambi

ed inviare all'attenzione di

Informativa e richiesta di consenso ai sensi del Regolamento Europeo di Protezione dei Dati n. 679/2016.

I dati da Lei comunicati sono riservati e saranno trattati elettronicamente ed utilizzati dall'Istituto Giannina Gaslini esclusivamente ai fini del conseguimento dei crediti E.C.M. Per il rilascio dell'Attestazione di partecipazione al corso e dei crediti ECM, sono necessari: il cognome, il nome, il luogo e la data di nascita, l'indirizzo privato, il telefono, il Codice Fiscale, la Professione/Disciplina, l'iscrizione all'Ordine/Collegio Professionale; i restanti dati e le risposte al questionario anagrafico sono facoltative e la loro mancata indicazione non pregiudica il rilascio dell'Attestazione di partecipazione al Corso. Si ricorda che i dati sono, per normativa, resi disponibili per la Commissione Regionale ECM. Il titolare del trattamento è l'Istituto G. Gaslini, via G. Gaslini 5 - 1647 Genova, centroformazione@gaslini.org, cui si potrà rivolgere per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Regolamento sopracitato.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo di Protezione dei Dati n. 679/2016. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

Data..... Firma.....