

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
**Roma, 27-28 marzo 2020**

II/ 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°iscizione Ordine Professionale(campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

RICHIEDENTE ECM

NON RICHIEDENTE ECM

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

PRIVO  
OCCUPAZIONE

*Chiede di essere ammesso al corso:*

**FOTOGRAFIA ODONTOIATRICA**  
**CORSO TEORICO PRATICO**

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 “ **Fotografia Odontoiatrica 2020** ”

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:** \_\_\_\_\_

Il rimborso della quota versata sarà possibile esclusivamente se richiesto entro il 28/02/2020.

**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.**