

SCHEDA DI ISCRIZIONE A CORSI DI FORMAZIONE (ESTERNI)

1. Dati personali e indirizzo – SI RACCOMANDA DI SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE !

Cognome Nome

Codice fiscale personale

Professione Disciplina*

* la disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti, chimici e psicologi.

Solo per la professione infermieristica: Iscritto al Collegio degli Infermieri della Provincia di (sigla):

Solo per la professione medica: specificare SE SPECIALIZZANDO (barrare con una X)

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. Modalità di pagamento

La quota di partecipazione, pari a euro dovrà essere versata all'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Udine, P.le S. Maria della Misericordia n°15, 33100 Udine, tramite:

IBAN IT30 M063 4012 3151 0000 0302 062, Conto n. 100000302062 Abi 06340 Cab 12315 Cin M

CC corrente postale n° 12408332

intestato a: **Tesoreria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine, FRIULCASSA S.P.A**

– CASSA DI RISPARMIO REGIONALE, Via Ciconi, 22 – 33100 UDINE

5. Dati amministrativi per l'intestazione della ricevuta / fattura

La fattura relativa alla quota d'iscrizione, emessa a richiesta del partecipante, qualora riferita a una pubblica amministrazione sarà esente da IVA ai sensi dell'art.10 del DPR 26/11/1972 n.633 e successive modificazioni.

La ricevuta/fattura dovrà essere intestata a:

Ragione sociale dell'Ente o Cognome e Nome

Indirizzo: Via N° Comune

CAP Prov. telefono

Partita IVA o Codice Fiscale (dell'Ente) n°

Inviare copia della ricevuta /fattura a mezzo fax o posta all'indirizzo aziendale (VEDI RETRO).

6. Dichiarazione Dichiaro di essere a conoscenza delle norme dell'AOU che regolamentano la frequenza ai corsi per i quali è previsto lo svolgimento di una parte pratica con movimentazione manuale dei carichi e/o con effettuazione di manovre di rianimazione cardiopolmonare o di altre attività di carattere assistenziale.

7. Data e firma del partecipante

Data Firma

IMPORTANTE: LEGGERE E FIRMARE SUL RETRO

SCHEMA DI ISCRIZIONE A CORSI DI FORMAZIONE (ESTERNI)

Informativa sulla Privacy

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che il Servizio Formazione dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria “S. Maria della Misericordia” di Udine procederà al trattamento dei dati da Lei forniti nel rispetto della normativa di tutela del trattamento dei dati personali.

Il conferimento dei dati è obbligatorio, poiché la mancata comunicazione dei Suoi dati identificativi determina l'impossibilità di attribuirLe i crediti formativi, nonché di redigerLe ed inviarLe l'attestazione di frequenza al corso.

I dati da Lei forniti saranno custoditi dall'Azienda Ospedaliero – Universitaria e trattati in modo cartaceo ed informatico, attraverso l'utilizzo dei sistemi di sicurezza aziendali, ai fini di espletare le finalità previste dal D.Lgs. 229/99 (istituzione del sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina) e dalla Deliberazione n. 1091 del 17/04/2003 della Regione Friuli Venezia Giulia (istituzione del sistema regionale per l'Educazione Continua in Medicina). Saranno inoltre comunicati alla Commissione Regionale ECM (ovvero alla Commissione Nazionale ECM, per i convegni ad accreditamento nazionale).

Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, Lei ha diritto in qualsiasi momento di ottenere, a cura del Responsabile del trattamento, nella persona del Responsabile del Servizio Formazione, informazioni sul trattamento dei suoi dati, sulle sue modalità e finalità e sulla logica ad esso applicata.

Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero – Universitaria “S. Maria della Misericordia” di Udine – p.le S. Maria della Misericordia 15, 33100 Udine.

7. Consenso del partecipante al trattamento dei dati

Io sottoscritto dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati con le finalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

Luogo **Data** **Firma**

**La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti dal Ministero per l'accREDITAMENTO ECM e va inviata a mezzo posta o fax alla
SOS Formazione, P.le S. Maria della Misericordia n.15, 33100 UDINE
tel. 0432554245 fax0432554381 e-mail: formazione@aoud.sanita.fvg.it.**