

## SCHEDA DI ISCRIZIONE A CORSI DI FORMAZIONE (Esterni)

### 1. Dati personali e indirizzo – (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)   
Tipo professionista: *barrare con X*:  Dipendente  Convenzionato  Libero professionista  
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  SI   
Nome sponsor  Allegare documentazione

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 € \_\_\_\_\_ (comprensiva di IVA, se dovuta), verrà versata alla azienda AAS3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" con indicazione nella causale del codice del corso e della data di svolgimento, per mezzo di una delle seguenti modalità.

Bonifico bancario con le seguenti specifiche:

- Unicredit S.p.A. sede di Gemona del Friuli IBAN IT 51 J 02008 63880 000103533934  
 Fatturazione elettronica il codice Univoco è: UFZBK3

Far pervenire la ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione alla Formazione (VEDI RETRO).

### 7. Dichiarazione

Dichiaro di essere a conoscenza delle norme che disciplinano il Sistema ECM FVG.

**Barrare se:**

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 Amministrazione inviante

**IMPORTANTE: LEGGERE E FIRMARE SUL RETRO**

### Informativa sulla Privacy

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che il Servizio Formazione dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" 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 per l'Assistenza Sanitaria "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli" 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. 2201 del 20/11/2014 della Regione Friuli Venezia Giulia (Approvazione Linee guida per il sistema regionale di formazione continua ed ECM). Saranno inoltre comunicati al Co.Ge.A.P.S. per la banca dati 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 per l'Assistenza Sanitaria "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli".

### 8. 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 e dalla Regione F.V.G. per l'accreditamento ECM e va inviata a mezzo posta o fax a:

**Servizio Formazione**  
Sede ospedaliera di San Daniele  
Viale Trento Trieste n. 33  
Segreteria organizzativa tel. 0432 949764  
e-mail: [formazione@aes3.sanita.fvg.it](mailto:formazione@aes3.sanita.fvg.it)