



SCHEDA DI ISCRIZIONE
(da restituire compilata in tutte le sue parti)

Centro Me
Corso Re Umberto 88,
TORINO
STUDIO OSTETRICO
ASSOCIATO
PI 13160170018
info@studiocentrome.it

TITOLO EVENTO:.....

DATA: **RESIDENZIALE** **WEBINAR SINCRONO**

COGNOME:		NOME:	
DATA DI NASCITA:	__/__/____	LUOGO DI NASCITA:	
CODICE FISCALE:	-----	P.IVA:	
DIPENDENTE/STUDENTE PRESSO		POSIZIONE PROFESSIONALE	
INDIRIZZO:	_____	CITTA':	PROV.
	N. CAP		
RECAPITO TELEFONICO:		E-MAIL:	
TITOLO DI STUDIO:		SPECIALIZZAZIONE:	
NUMERO ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE:			

CHIEDE

di partecipare al PRESENTE CORSO

presso il CENTRO ME, CORSO RE UMBERTO 88, TORINO

Il pagamento della quota di iscrizione di: ☐ **ACCONTO** ☐ **SALDO** **ENTRO 30 gg dall'inizio dell'evento**

viene effettuato da:

☐ (allegare copia del bonifico bancario)

Beneficiario: **CENTRO ME, STUDIO OSTETRICO ASSOCIATO- BANCA SELLA**

Codice IBAN: **IT18K0326801007052129308560**

Causale: **ISCRIZIONE CORSO DI FORMAZIONE di..... "COGNOME" e "NOME" SI IMPEGNA**

- A rispettare l'orario del corso
- A garantire la presenza al corso nella misura del 100% delle ore previste
- A sottoporsi alla valutazione di efficacia formativa e a compilare il questionario di valutazione e soddisfazione evento residenziale nel caso di corso accreditato ECM

Verrà rilasciato l'attestato ed i relativi crediti ECM SE PREVISTO previa partecipazione al 100% delle ore di corso ed al superamento della verifica di apprendimento nella misura del 75%

In caso di mancata partecipazione la quota di iscrizione non potrà essere rimborsata (salvo che l'evento venga annullato)

L'interessato, acquisite le informazioni di cui Dlgs DGPR 2016/679 e successive modifiche ed integrazioni, conferisce il proprio consenso al trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali che lo riguardano nei limiti delle finalità istituzionali nell'ambito dell'educazione formazione dei professionisti della Sanità dichiarando nel contempo di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall'art.7 del citato decreto legislativo. Contestualmente l'interessato dà il suo pieno ed incondizionato consenso ad essere ripreso tramite foto e/o video. Autorizza ogni forma di pubblicazione e di utilizzazione delle immagini di cui sopra da parte del Provider nel rispetto dell'art.10 del codice civile e ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 96 e seguenti della L. 633/1941. Dichiaro inoltre di non avere nulla a pretendere per l'utilizzazione/pubblicazione delle suddette immagini. L'autorizzazione all'utilizzo del ritratto e/o della ripresa di cui sopra si intende concessa senza limiti temporali.

Si prega di allegare alla presente copia del bonifico, del documento di identità e un breve cv.

Data __ / __ / ____

Firma del richiedente _____