

## SCHEDA DI ISCRIZIONE PARTECIPANTI ESTERNI ASL CON ONERI

(riempire tutti i campi)

Titolo dell'evento ECM:			
nome			
cognome			
data nascita			
luogo nascita			
codice fiscale			
Partita IVA (se in possesso)			
residente		cap	
via/p.zza			
provincia			
telefono			
e-mail			
Ente di appartenenza e sede lavorativa			
qualifica/disciplina			

Ai sensi dell'articolo 13, D. Lgs 30.06.03, n. 196 e successive modificazioni sulla tutela dei dati personali, sono consapevole ed autorizzo che i dati in vostro possesso siano utilizzati dalla Vostra Azienda per trattare la mia partecipazione al Corso e per inviarmi in futuro annunci e comunicazioni inerenti attività di formazione.

luogo e data

---

firma

**AVVISO per operatori non dipendenti Azienda USL Toscana sud est :**

**Saranno attribuiti crediti formativi ECM solo a coloro che si iscrivono a mezzo della presente scheda.**

La quota di iscrizione pari a €  IVA compresa (€  + IVA  %) - esente se l'iscrizione è effettuata da Ente pubblico - dovrà essere versata tramite bonifico bancario intestato a:

**AZIENDA USL TOSCANA SUD EST – Arezzo Attività Sanitarie**

IBAN:

L'iscrizione avverrà con la consegna di copia della presente scheda, allegando il bonifico di pagamento a mezzo e-mail : [formazione.siena@uslsudest.toscana.it](mailto:formazione.siena@uslsudest.toscana.it), [formazione.arezzo@uslsudest.toscana.it](mailto:formazione.arezzo@uslsudest.toscana.it), [formazione.grosseto@uslsudest.toscana.it](mailto:formazione.grosseto@uslsudest.toscana.it)