



(compilare 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 ESTERNI ALL'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST SARANNO ATTRIBUITI CREDITI FORMATIVI ECM SOLO A COLORO CHE:**

Si iscrivono all'evento formativo per mezzo della presente scheda, trasmettendola all'indirizzo mail:

Il partecipante al ricevimento della fattura, verserà la quota di iscrizione pari a €. , utilizzando esclusivamente la piattaforma **pagopa**.

Pago personalmente l'iscrizione  La mia iscrizione verrà pagata dalla mia azienda sanitaria

**Se la fattura deve avere un'intestazione diversa indicare:**

Ragione Sociale

sede Legale

c.f. partita Iva  codice di fatturazione elettronica (codice SDI)

**Se la fattura deve essere intestata a un Ente o Azienda del SSN pubblico deve pervenire un ordine a: AZIENDA USL TOSCANA SUD EST**

Prestazione esente da Iva ai sensi dell'art. 14, comma 10 della legge 24.12.93, n. 537