

TITOLO DEL CORSO: CORSO MICROSCOPIA TEORICO PRATICO ID 186180

DATA 15-16/07/2023

ATI ANAGRAFICI

COGNOME													
NOME													
CODICE FISCALE													
LUOGO DI NASCITA	Prov. ___ Data __/__/___												

DOMICILIO

INDIRIZZO	N°
CITTA'	C.A.P. _____
PROVINCIA	

RECAPITI E INFO

RIFERIMENTI FATTURA

CELLULARE		RAGIONE SOCIALE							
MAIL		Indirizzo							
		Citta							
		Cap							
PROFESSIONE E DISCIPLINA	VEDI RETRO (barrare la professione/disciplina corrispondente)	P.IVA							
TITOLO DI STUDIO		CIG							
STATO OCCUPAZIONALE	convenzionato <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> libero prof. <input type="checkbox"/> privo di occupazione <input type="checkbox"/>	PEC.							

N.B.

Si prega gentilmente di compilare le tabelle sopra riportate in STAMPATELLO LEGGIBILE.

Il mancato rilascio dei dati richiesti potrebbe compromettere un corretto adempimento delle pratiche amministrative e di rilascio dei crediti ECM.

PRIVACY

Ai sensi del D. Lgs. 30.6.2003, n. 196 a norma degli art. 33/36, le informazioni fornite verranno trattate con finalità di gestione amministrativa; ai sensi dell'art. 23 del D.LGs. 196/2003 acconsento al trattamento dei miei dati personali, sensibili; autorizzo l'uso dei miei dati ai sensi degli articoli 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) Acconsento inoltre alla diffusione degli stessi dati quando tale diffusione sia necessaria per l'espletamento di un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento, da una normativa comunitaria e comunque liberamente nell'ambito del mio rapporto commerciale (oltre naturalmente alla libera diffusione dei dati quando da me esplicitamente richiesta)

Dichiaro inoltre di essere stato/a informato/a per iscritto e verbalmente dei diritti a me spettanti di cui al Titolo II articoli dal 7 al 10 del D.LGs. 196/2003.

La preghiamo di autorizzare il trattamento dei dati in nostro possesso *

Autorizzo Non Autorizzo
 Ritiro materiale didattico si no

*** nel caso fosse deciso a non autorizzare il trattamento dei dati siamo a comunicarLe che potrebbe essere compromesso un corretto adempimento delle pratiche amministrative.**

Luogo e data

Firma



OSSERVATORIO DELLA SALUTE

Loc. Casa Salani, 2 – 19020 Bolano (SP) – Tel. 351/7031873 C.F. 91105450117 –
E-mail: formazione@ossalute.it – www.ossalute.it

DATI CORSO:

CORSO TEORICO PRATICO DI MICROSCOPIA (GIOVANNINI – BRESCHI - CAGNOLI)

Quando: 15/16 LUGLIO 2023 - Sede: MANTOVA (MN) – Via Cremona 29a/3

Quota: € 350,00 (€ 500,00 per chi **NON** è iscritto all'Associazione Osservatorio della Salute).

La somma da versare all'atto dell'iscrizione è pari al costo del corso.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Entro 5 giorni dall'iscrizione il partecipante è tenuto al versamento dell'importo indicato nel modulo di iscrizione. Tale somma verrà rimborsata al partecipante solo nel caso in cui il corso non dovesse essere attivato per mancanza di partecipanti o altri motivi imputabili all'ente organizzatore. Se il corso dovesse essere posticipato per riapertura delle iscrizioni, verrà chiesto al partecipante di confermare l'adesione e in caso di risposta negativa la somma verrà restituita.

La somma va versata nella seguente modalità:

- tramite **bonifico bancario** a favore di "Associazione Osservatorio della Salute" **Banca Qonto** IBAN: **IT48D360920160012019 3781826** indicando nella causale il titolo del corso, la sede e il proprio nome e cognome (es: *Corso di Microscopia – Mantova – Dott. Mario Rossi*). La copia del bonifico dovrà essere inviata a formazione@ossalute.it;

In caso di ritiro dal corso per motivi non imputabili all'organizzazione, quanto versato dal partecipante non sarà restituito.

REGOLE GENERALI

Il partecipante è tenuto al rispetto degli orari di ingresso e uscita secondo il programma. Ogni eventuale variazione verrà comunicata tempestivamente al partecipante.

Al termine del corso verrà rilasciato un attestato di frequenza.

Firma del partecipante

Luogo e Data _____
