



## SCHEDA DI ISCRIZIONE 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 "X")

Tipo professionista : (barrare con "X")  **Dipendente**  **Convenzionato**  **Libero Professionista**

Luogo di nascita  Prov.  Data di nascita

Indirizzo: Via  n.  Comune  CAP  Prov.

Tel. Casa  Cell.  E-mail

### 2. Sede di attività

Azienda

Dipartimento  Struttura  Tel.

### 3. Corso prescelto:

Codice  Data inizio  se **Formazione S u C** **ampo** barrare con "X"

### 4. Sponsorizzazione (barrare): Sì No Importo sponsorizzazione

### 5. Dati obbligatori per l'emissione della fattura

Ragione sociale o Cognome e Nome

Indirizzo: Via  n.

Comune  CAP  Prov.  Tel.

Partita Iva  Cod.Fisc.

*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, qualora riferita a una pubblica amministrazione, sarà esente da IVA ai sensi dell'art. 10 del DPR 26/11/1972 n.633 e s.m.i. In caso di iscrizione a titolo personale, invece, l'importo sarà soggetto ad aliquota ordinaria IVA.*

### 6. Modalità di pagamento

La quota di partecipazione, pari a € \_\_\_\_\_ (comprensiva di IVA, se dovuta), verrà versata alla azienda \_\_\_\_\_ con indicazione nella causale del codice del corso e della data di svolgimento, per mezzo di una delle seguenti modalità:

Bonifico Bancario su IBAN \_\_\_\_\_

Versamento su Conto Corrente postale n° \_\_\_\_\_

***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 regolamentano la frequenza ai corsi di questo Servizio di formazione ed in particolare del Regolamento sulla formazione continua e della Carta dei Servizi, pubblicate sul sito aziendale.

Barrare se il caso:  **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 4, si considera intestatario il nominativo indicato al punto 1.

Timbro  Firma Amministrazione inviante

## INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, le forniamo le informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali per finalità formative.

Il Titolare del trattamento è l'Azienda ..... e in persona del proprio Commissario quale legale rappresentante, con sede in via ..... n. .... - ..... (cap-Comune) ....., tel. ...., e-mail: ....., PEC: .....

### Responsabile della protezione dei dati

Il Responsabile della protezione dei dati ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE è il dott. .... e-mail: ....., PEC: .....

### Finalità e base giuridica del trattamento

I Suoi dati personali sono trattati per lo svolgimento delle attività formative promosse dal Titolare, ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute" del 2 febbraio 2017.

I Suoi dati personali sono trattati per la soddisfazione della richiesta di partecipazione alle attività formative promosse dal Titolare, nonché per la gestione di detto rapporto. Il conferimento dei dati è quindi necessario; in mancanza non si potrà dare seguito alla sua richiesta.

### Modalità del trattamento

Le operazioni di trattamento sono svolte con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati.

Il Titolare dispone l'utilizzo di adeguate misure di sicurezza al fine di preservare la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei suoi dati personali, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 32 del Regolamento UE, in materia di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 29 del Regolamento UE.

I Suoi dati personali sono conservati in archivi cartacei, informatici e telematici.

### Destinatari dei dati personali, comunicazione e diffusione

Il conferimento dei dati personali è necessario per l'espletamento dell'attività formativa prevista.

I Suoi dati personali sono trattati dal personale delle funzioni aziendali deputate delle finalità sopra indicate, che sono espressamente autorizzati e formati.

Sono destinatari dei Suoi dati i seguenti soggetti, designati dal Titolare ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento UE, quali responsabili del trattamento ad Insiel S.p.A.

I Suoi dati personali saranno comunicati, ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute" del 2 febbraio 2017:

- al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie («Co.Ge.A.P.S.»);
- alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

### Periodo di conservazione

Il tempo di conservazione dei suoi dati è determinato in conformità ad obblighi di legge gravanti sul titolare, e non eccede quanto previsto. A titolo di esempio, il periodo di conservazione dei dati relativi alla frequenza di corsi ed alle attestazioni ricevute dal dipendente, saranno conservati per lo stesso periodo previsto per la conservazione dei dati relativi al rapporto di lavoro.

### Diritti dell'interessato

In ogni momento potrà esercitare, ai sensi degli articoli da 15 a 22 del regolamento UE 679/2016, il diritto di:

- chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali
- ottenere le indicazioni circa la finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie dei destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione o l'opposizione al trattamento che la riguarda;
- proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

*Per presa visione*

\_\_\_\_\_  
*Firma estesa e leggibile*

**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:**

\*\*\*\*\* **via** \*\*\*\*\* **n. \*\* , \*\*\*\*\* (CAP Comune) \*\*\*\*\***  
**Tel.:** \*\*\*\*\* **Fax:** \*\*\*\*\* **E-mail:** \*\*\*\*\*@\*\*\*\*\*.\*\*\*\*\*