**Alla Segreteria Organizzativa**
**Indirizzo mail :**formazione.ecm@ideaprisma.it
**Fax : 06.87201033 Tel: 329.6844353**

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

**Roma, 09 novembre 2019**

**Il/ La sottoscritto/a (NOME/COGNOME) _____**

**Nato/a a_____ Prov ._____il _____ Residente a _____**

**Prov ._____ in _____ c.a.p ._____ Cell_____**

**Codice Fiscale_____ P.Iva _____**

**La fatturazione elettronica obbligatoria tra privati e verso i consumatori entrerà in vigore dal 1° gennaio 2019 (legge di Bilancio 2018 - L. 205/179).**

**E-mail PEC_____**

**Specificando il Vostro Codice Destinatario_____**

**E.mail _____**

**Laureato in _____**

**Partecipante Reclutato** ☐ NO ☐ **SI Specificare _____**

Si considera reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.

**Disciplina** (**campo obbligatorio** per Medico Chirurgo e Psicologo) _____

**N°iscizione Ordine Professionale(campo obbligatorio) _____ _____**

☐**RICHIEDENTE ECM** ☐**NON RICHIEDENTE ECM**

| LIBERO PROFESSIONISTA | DIPENDENTE | CONVENZIONATO | PRIVO OCCUPAZIONE |
|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

*Chiede di essere ammesso al seminario:*

## *L'epigenetica nei disturbi del neurosviluppo*

**Come sei venuto a conoscenza dell'evento?_____**

**Struttura/Ente di provenienza _____**

**INTESTAZIONE FATTURA.** Comunicare alla segreteria Organizzativa i dati per la fatturazione, se diversi da quelli sopra indicati, con almeno 10 giorni di anticipo.

Il pagamento dovrà essere effettuato indicando la causale **" Epigentica 2019 "**
Intestato a : **Idea Prisma 82 Cooperativa Sociale**
Banca BNL GRUPPO BNP PARIBAS IBAN: IT 77 I 01005 03236 0000 0000 3521
**In caso di Non raggiungimento del numero minimo di partecipanti scrivere il proprio IBAN per la restituzione della quota versata:_____**

**Trattamento dei dati personali**
Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 – Regolamento generale per la Protezione dei dati personali, il sottoscritto, avendo letto e compreso l'informativa, autorizza il trattamento - sia su supporto informatico che cartaceo - dei dati forniti ai soli fini del Corso e della procedura ECM, in particolare ai fini della trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti" e del rilascio dell'attestato finale, nella piena tutela dei propri diritti della riservatezza dei dati.

**DATA _____**

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

_____

**N.B. TUTTI I DATI RICHIESTI DEVONO ESSERE COMPILATI OBBLIGATORIAMENTE.**
**Si prega di scrivere in stampatello.**