**MODULO ISCRIZIONE EVENTO ECM**

Provider: **IAL Marche SRL** n° **4308**

**CELIACHIA – MICI (MALATTIE CRONICHE INTESTINALI)**

 **EPATITE VIRALE (OB. 30) - I EDIZIONE**

**Date: 9 e 16 Maggio 2023 – Orario: 14:30 - 18:30 (Durata: 8 ore) – Crediti 12,8**

**Sede: Via Giacometti n. 36 – Montecchio, Vallefoglia (PU)**

**Costo: € 80,00** *(esente iva ai sensi dell’art.10, Punto 20 del D.P.R. 633/1972)*

**L’EVENTO SARÀ GRATUITO PER I DIPENDENTI DELLE AZIENDE ISCRITTE AL FONDO INTERPROFESSIONALE FOR.TE. ED INSERITE ALL’INTERNO DEL PIANO FORMATIVO DENOMINATO “L'AGGIORNAMENTO E LA RIQUALIFICAZIONE DELLE COMPETENZE PER AFFRONTARE IL CAMBIAMENTO”, RUP: PF3256\_PR0527\_AV519\_2, FINANZIATO DALLO STESSO FONDO IN DATA 15/12/2021**

**Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Azienda di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sede di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Posizione lavorativa:**

 Convenzionato S.S.N.

 Dipendente

 Libero Professionista

**Iscritto al seguente ordine/Collegio/Associazione Professionale:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numero iscrizione:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Di essere iscritto/a al corso:**

 con riconoscimento dei crediti

 senza riconoscimento dei crediti in quanto professionista non soggetto ad obbligo crediti (es. OSS)

Dati per eventuale fatturazione (solo per aziende non inserite nel Piano formativo For.Te. di cui sopra):

Azienda **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Partita IVA **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Codice Fiscale **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MODALITÀ E CONDIZIONI:**

L’attività formativa si svolgerà secondo il programma pubblicizzato ed eventuali cambiamenti saranno comunicati ai partecipanti almeno 3 gg prima della data prevista.

**Il “Modulo di iscrizione” dovrà essere inviato, assieme alla copia della ricevuta di avvenuto pagamento della quota di partecipazione, entro e non oltre il giorno 02/05/2023** alla segreteria organizzativa del provider IAL Marche s.r.l. a mano o scansione e-mail ai seguenti recapiti:

- IAL MARCHE SRL, Sede regionale

 Via dell’Industria 17/A 60127 Ancona

 Tel. 071.2814639

 Email: ecm@ialmarche.it

**L’iscrizione si intenderà effettiva solo se accompagnata dalla attestazione dell’avvenuto pagamento della quota di partecipazione prevista** pari a € 80,00 (i costi si intendono esente iva ai sensi dell’art.10, Punto 20 del D.P.R. 633/1972).

che dovrà pervenire a mezzo:

- bonifico bancario alle seguenti coordinate: BPER Banca S.p.a. Iban: IT84F0538702684000042880562 - Intestato a IAL MARCHE SRL – Via dell’Industria, 17/a – Ancona;

Nella causale del bonifico andrà indicato il titolo del corso e il nominativo della persona che si iscrive.

**L’evento sarà totalmente gratuito per i dipendenti delle aziende iscritte al Fondo interprofessionale For.Te. ed inserite all’interno del Piano formativo denominato “L'aggiornamento e la riqualificazione delle competenze per affrontare il cambiamento”, RUP: PF3256\_PR0527\_AV519\_2, finanziato dallo stesso Fondo in data 15/12/2021**

Le iscrizioni, per un massimo di **20 posti**, saranno accettate sulla base dell’ordine di arrivo e saranno privilegiate le iscrizioni delle professioni sanitarie oggetto di obbligo di crediti formativi, pertanto le stesse si riterranno chiuse non appena raggiunto il limite massimo previsto. L’organizzazione si riserva di annullare il corso per esigenze organizzative o in caso di mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti, in tale eventualità la quota di iscrizione sarà restituita.

**Luogo/Data Firma leggibile**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Informativa sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679***

***in materia di protezione dei dati personali***

*L’iscrizione al corso prevede l’accettazione al trattamento dei dati in base al* Regolamento (UE) 2016/679*, i dati saranno utilizzati solo ed esclusivamente per l’inserimento nel sistema di educazione continua in medicina. Il rifiuto al trattamento dei dati non permette l’iscrizione all’evento. Con la sottoscrizione della presente autorizzazione l’interessato fornisce il consenso utile all’’espletamento delle attività di gestione e rendicontazione delle attività formative. In relazione ai Vostri dati personali potrete esercitare tutti i diritti previsti* sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679*, rivolgendovi direttamente a IAL MARCHE S.R.L. “titolare del trattamento” nella persona del Dott. Valentino Parlato.*

**Luogo/Data Firma leggibile**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_