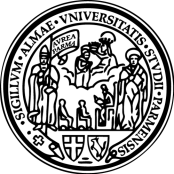


**Scheda di Iscrizione**

Da inviare compilata e firmata via mail a **geriat@unipr.it**

1° CORSO RESIDENZIALE  INTERATTIVO

DI ECOGRAFIA DIAGNOSTICA

TIROIDEA E PARATIROIDEA

**PARMA, 19 e 20 MAGGIO 2016**

**Tutti i dati richiesti sono obbligatori. NON SARANNO PRESE IN COSIDERAZIONE LE SCHEDE INCOMPLETE**

**DATI PERSONALI**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUALIFICA** (barrare la casella appropriata)

Posizione: Ospedaliero □ Specialista ambulatoriale □ Universitario □ Libero professionista □

Disciplina:

Medicina Generale (Medici di famiglia) □ Endocrinologia □ Radiodiagnostica □

Chirurgia Generale □ Medicina Interna □ Otorinolaringoiatria □

Iscrizione all’Ordine di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESPERIENZA IN ECOGRAFIA TIROIDEA** (barrare la casella appropriata)

Non ho mai eseguito ecografia □ Eseguo ecografia ma non tiroidea □

Eseguo ecografia tiroidea occasionalmente □ Eseguo ecografia tiroidea abitualmente □

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENTE O PERSONA FISICA A CUI INTESTARE LA FATTURA**

Ente o Persona fisica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita IVA / Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informativa sulla Privacy**

Ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali - Privacy), ogni dato personale verrà trattato anche in modo elettronico ai fini delle operazioni di segreteria: iscrizione al presente evento e per l'erogazione dei servizi connessi (ECM). L'autorizzazione al trattamento dei dati è obbligatoria in quanto in sua assenza, non ci sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione. Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

Consenso al trattamento dei dati personali: SI □ NO □

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per fatturazione a Enti Pubblici allegare dichiarazione dell’Ente che autorizzi l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma all’emissione di documento in esenzione IVA, Art. 10 DPR 633/72 e Art. 14 comma 10 L.537/24.12.93).

Si rammenta ai partecipanti al Corso che, affinchè l’iscrizione possa essere ritenuta valida, occorre inviare via mail alla Segreteria Organizzativa copia dell’avvenuto bonifico bancario (c/c intestato a Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, via Gramsci 14, 43126 Parma, aperto presso CariParma Credit Agricole, codice **IBAN: IT67P0623012700000036659413**. Si raccomanda di specificare chiaramente nella causale del versamento la seguente dicitura: **Iscrizione Corso Ecografia Tiroidea COMMESSA ENDOMET**). QUOTA DI PARTECIPAZIONE: € 750,00 IVA inclusa. Per documentate rinunce che giungeranno entro il 05/05/2016 verrà rimborsato il 50% della somma versata, nessun rimborso verrà effettuato dopo tale data.