

Auto – Mutuo – Aiuto nei servizi socio-sanitari

2 – 3 marzo 2009

__I__ sottoscritt_ chiede di essere iscritt_ al corso **Auto – Mutuo – Aiuto nei servizi socio-sanitari**, e a tal fine, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità, dichiara:

N.B. – I campi con l'asterisco sono obbligatori

Nome * _____ Cognome * _____

Codice Fiscale * _____

Carta d'identità/Patente n°* _____ Rilasciata da* _____
.....

Il */...../..... Valida fino al*/...../.....

Luogo Nascita * _____ Prov. * _____ Data * _____
(...../...../.....)

Professione (vedi elenco) * _____

Disciplina (vedi elenco) * _____

Istituzione di appartenenza * _____ P.IVA _____
(Pubblico Privato o libero professionista)

Indirizzo (Ist. di appartenenza) _____

Città _____ C.A.P _____

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ E-mail _____

Crediti ECM * _____ si _____ no _____

Allegare CV _____ si _____ no _____

Indirizzo Corrispondenza * _____

Città _____

C.A.P. _____

La presente scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, andrà inviata, entro il **21 febbraio 2009**,

a mezzo fax a: **LAZIOSANITÀ Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio**

Via di Santa Costanza, 53 - 00198 Roma

Fax: 06 83.060.463;

e-mail: infoform@asplazio.it

I partecipanti selezionati saranno contattati dalla Segreteria Organizzativa entro il: **23 febbraio 2009**

In sede di registrazione al corso il partecipante dovrà esibire un documento di riconoscimento

Quota di Partecipazione: € 100

DATI INTESTAZIONE FATTURA (obbligatori)

NOME e/o AZIENDA D'APPARTENENZA	
INDIRIZZO	
C.F. e/o P.IVA	

Data ____/____/____

Firma _____

CONDIZIONI GENERALI CHE REGOLANO L'ISCRIZIONE E LA PARTECIPAZIONE AI CORSI/SEMINARI

1. Possono partecipare ai corsi di formazione organizzati da Laziosanità - ASP tutti coloro che sono in possesso dei requisiti indicati nella scheda di iscrizione.
2. Le informazioni relative al corso sono disponibili nella Sezione Eventi della Home page del sito www.asplazio.it.
3. La segreteria organizzativa del corso provvederà a comunicare via e-mail l'accoglimento dell'istanza di iscrizione e gli estremi bancari del conto corrente intestato a Laziosanità - ASP, Via di Santa Costanza n. 53 - 00198 Roma su cui effettuare il bonifico, ricordando di indicare il titolo dell'iniziativa. La quota di iscrizione dovrà essere versata in un'unica soluzione.
4. E' possibile rinunciare all'iscrizione entro 10 giorni di calendario prima della data di inizio del Corso/Seminario, comunicando la decisione del recesso tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a Segreteria Organizzativa Formazione Laziosanità - ASP, via di Santa Costanza, 53 - 00198 Roma. La comunicazione potrà essere inviata, entro lo stesso termine, anche mediante telegramma, fax o e-mail, a condizione che sia confermata mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento entro le 48 ore successive. In tal caso verrà restituita l'intera quota d'iscrizione versata.
5. Qualora la comunicazione di recesso pervenga oltre il termine sopraindicato e fino al giorno precedente l'avvio del Corso/Seminario, il partecipante potrà recedere pagando il 50% della quota di iscrizione.
6. Qualora il recesso venga comunicato oltre i termini predetti oppure si manifesti per fatti concludenti, mediante la mancata presenza al Corso/Seminario, sarà comunque dovuta l'intera quota di iscrizione.
7. Per i partecipanti che, alla data di inizio del Corso/Seminario, si trovassero nell'impossibilità di frequentare per legittimo impedimento o per causa di forza maggiore, sarà possibile trasferire l'iscrizione ad altro Corso/Seminario.
8. In caso di iscrizione effettuate da Enti pubblici o privati, è possibile esclusivamente sostituire il partecipante iscritto con altra persona dello stesso Ente. In ogni caso viene espressamente escluso il diritto a reclamare eventuali rimborsi, anche parziali.
9. Laziosanità - ASP si riserva il diritto di annullare o rinviare la data di inizio del Corso/Seminario in qualsiasi momento, dandone comunicazione agli interessati. In tal caso la quota di partecipazione verrà interamente restituita o trasferita - su richiesta del partecipante - ad altra iniziativa. Resta espressamente esclusa qualsiasi forma di risarcimento a favore del partecipante da parte di Laziosanità - ASP.
10. Laziosanità - ASP si riserva, in casi eccezionali e debitamente motivati, di apportare modifiche agli orari e alla sede delle lezioni, o di sostituire docenti e/o relatori nel caso di sopravvenuti imprevisti impedimenti.
11. I partecipanti ai Corsi/Seminari sono personalmente responsabili per i danni eventualmente arrecati alla struttura, alle aule, ai supporti didattici, alle attrezzature e a quant'altro presente nei locali sede di svolgimento del Corso/Seminario.
12. Il rilascio dell'attestato sarà subordinato alla frequenza del partecipante al corso secondo le modalità indicate nella scheda di iscrizione.
13. Per qualsiasi azione o controversia sarà competente il Foro di Roma.

Firma del partecipante

Il/La sottoscritt_ approva espressamente le condizioni generali e dichiara di approvare specificamente, ai sensi dell'art. 1341 c.c., le clausole di cui ai punti 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,13.

Firma del partecipante



Consorzio per la Cooperazione
la Ricerca e la Formazione
in Salute ed Ambiente



Istituto Nazionale per la
Promozione della Salute delle
Popolazioni Migranti e per il
Contrasto delle Malattie della Povertà

Informativa ex art. 13 D. LGS. N. 196/2003. LazioSanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, titolare del trattamento, raccoglie presso di sé e tratta – per finalità connesse all'attività formativa, nel pieno rispetto degli obblighi di correttezza, libertà e trasparenza previsti dal decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 - con modalità anche informatizzate, i dati personali il cui conferimento è indispensabile al fine di fornire i servizi indicati. I dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici in aderenza ad obblighi di legge, per trattamenti funzionali all'adempimento del contratto ed ove previsto all'acquisizione dei crediti ECM. I dati non saranno diffusi; in ogni momento potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. LGS. N. 196/2003, rivolgendosi a Laziosanità – ASP, Via di Santa Costanza n. 53 – 00198 Roma.

Il/La sottoscritt_ dichiara di aver ricevuto e compreso l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. LGS. N. 196/2003 ed autorizza il trattamento dei dati personali.

Data ____/____/____

Firma _____