**MOD.AAP.20: “Scheda del partecipante a pagamento”**

(iscrizione a pagamento)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TITOLO INIZIATIVA, data e luogo svolgimento**:  *Assistere nel presente 2024: innovazione e sviluppo*  **QUOTA DI ISCRIZIONE € 70,00** (esente IVA) oltre ad € 2,00 di bollo per importi superiori ad € 77,46 | | | | |
| Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | sesso:  [ ] M [ ] F |
| Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | Luogo di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Prov.: \_\_\_\_\_ |
| Codice fiscale:     | | | | |
| Comune residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Prov.: \_\_\_\_\_ |
| Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | n. \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Comune domicilio (se diverso dalla residenza): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Prov.: \_\_\_\_\_ |
| Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | n. \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Mail (obbligatoria): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Libero Professionista/ Dipendente (**barrare un’opzione)** | | | | |
| [ ] Libero Professionista | | | [ ] Dipendente | |
| [ ] Convenzionato | | | [ ] Privo di occupazione | |
| Professione (Profilo/Qualifica):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Disciplina/specializzazione (se prevista dal profilo):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Azienda di appartenenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Struttura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Indirizzo servizio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Telefono/Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

**MODALITÀ DI PAGAMENTO:**

Il pagamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato, contestualmente al ricevimento della fattura emessa dall’ASL Toscana Centro nei confronti del soggetto o ente dichiarato, con le modalità indicate nella fattura stessa.

Dovrà inoltre essere specificata la causale del versamento “Iscrizione al Convegno ASSISTERE NEL PRESENTE 2024 - Cognome Nome Partecipante/i”

L’iscrizione verrà ritenuta valida solo al momento dell’invio, per e-mail, della scheda di iscrizione corredata dalla copia dell’avvenuto pagamento.

L’e-mail dovrà essere inviata alla segreteria di riferimento [pierfrancesco.poccianti@uslcentro.toscana.it](mailto:pierfrancesco.poccianti@uslcentro.toscana.it)

In caso di impossibilità di partecipazione saremo lieti di accettare un collega in sostituzione, purché il nominativo venga comunicato almeno due giorni prima della data dell’evento.

**DATI PER FATTURAZIONE**

Intestazione fattura (Ragione sociale per le Aziende)

Partita I.V.A.

Codice Fiscale

Indirizzo nr.

Cap.

Città

Provincia

*Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e smi “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)il trattamento dei dati raccolti sarà effettuato solo per il fine per cui sono stati richiesti. Tale trattamento verrà eseguito adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza.*

**Data e firma per accettazione**