

SCHEMA DI ISCRIZIONE

**CONVEGNO
SOGNO E SOGNARE 120 ANNI DOPO**

Cognome:		Nome:	
Luogo nascita:	Prov.:	Stato:	Data nascita:
Codice Fiscale:		P. IVA:	
Professione:			
Disciplina:			
Tipo di Lavoro: <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Privo di occupazione			
<input type="checkbox"/> Reclutato se <i>Reclutato indicare</i> Ente/Azienda: _____			
Iscritto/a al seguente Ordine/Associazione/Collegio Professionale:			
Regione/Provincia di Iscrizione:		Data iscrizione:	N. iscrizione:
Indirizzo residenza, via:			
CAP:	Città:	Prov.:	
Telefono:		Cellulare:	
Indirizzo e-mail:		Richiesta Crediti ECM: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

Chiedo di essere iscritto/a all'evento formativo "SOGNO E SOGNARE 120 ANNI DOPO" (4,9 crediti ECM).

Entro il 10.09.2019 la quota di iscrizione è € 40,00 per specializzandi e soci delle associazioni promotrici, € 60,00 per esterni.

Dopo il 10.09.2019 la quota di iscrizione è € 60,00 per specializzandi e soci delle associazioni promotrici, € 80,00 per esterni.

Per i richiedenti i crediti ECM è previsto un costo aggiuntivo di € 10,00.

Per il **pranzo** è previsto un costo aggiuntivo di € 10,00

La quota di iscrizione comprende: **iscrizione al convegno, coffee break, pranzo (se richiesto), attestato di partecipazione.**

1. Il convegno si svolgerà a **Firenze, presso l'Auditorium Sant'Apollonia - via S. Gallo 25**, secondo il calendario indicato nel programma dell'evento. Eventuali cambiamenti saranno comunicati ai partecipanti entro 3 giorni prima della prevista data di inizio.

2. Il convegno è riservato alle professioni sanitarie indicate nel programma per un numero massimo di 200 partecipanti con il rilascio di 4,9 crediti formativi E.C.M.

3. L'iscrizione, mediante il presente modulo compilato in ogni sua parte e completo di firma leggibile, deve pervenire entro il 03.10.2019 alla segreteria organizzativa mediante la compilazione, online o e-mail al seguente indirizzo: formazione@coopmatrix.it

4. L'iscrizione si intende confermata solo se è **accompagnata dall'attestazione dell'avvenuto pagamento** della quota di partecipazione. Qualora il numero degli iscritti previsti si raggiunga prima della data di scadenza, le iscrizioni si chiuderanno anticipatamente. Le iscrizioni saranno accettate per ordine di arrivo, per cui si consiglia di accertarsi della disponibilità di posti prima di effettuare il versamento. L'organizzazione si riserva di annullare il convegno per esigenze organizzative o in caso di mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti; in tali eventualità, la quota di iscrizione sarà restituita.

5. Nei casi in cui l'iscritto sia impossibilitato e/o rinunci a partecipare al corso, poiché il versamento della quota è considerato conferma della prenotazione, comporterà la perdita della quota d'iscrizione, salvo che non si provveda a una "autosostituzione".

6. **Entro 90 giorni** dalla conclusione del convegno sarà rilasciato (a chi ne ha fatto richiesta) **l'attestato con riconoscimento dei crediti ECM** assegnati. Il rilascio di tale attestato è **subordinato alla partecipazione al 90% delle ore formative e alla verifica dell'apprendimento dei contenuti** del convegno.

Data _____ Firma _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Bonifico bancario intestato a: Matrix Onlus S.c.s., Banca Popolare Etica, Filiale di Firenze, c/c n° 11085867 ABI 05018 CAB 028000 CIN S IBAN IT 72 S 05018 02800 0000 11085867

In contanti, presso la segreteria organizzativa; **PayPal** (all'indirizzo formazione@coopmatrix.it).

Causale pagamento: "Sogno 2019" + Nome e Cognome"

TRATTAMENTO DEI DATI:

Sono consapevole che i miei dati personali saranno trattati a norma del disposto di cui all'art. 13 del d.lgs. 196/2003 (c.d. Testo unico Privacy) e artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). I dati da me forniti verranno trattati per finalità contabili e amministrative e per l'ottenimento dei crediti ECM. I dati saranno comunicati alla Segreteria organizzativa del convegno, ai relatori, al responsabile dell'evento e al Ministero della Salute. Il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e informatico. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta la nullità del rapporto.

In futuro: **desidero** essere da voi informato di altre iniziative della vostra segreteria organizzativa: **SI** **NO**

Data _____ Firma _____