

TITOLO DEL CORSO

.....

**Dati personali**

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

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

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

Professione \_\_\_\_\_

Disciplina \_\_\_\_\_

Rapporto di lavoro

dipendente       libero professionista       convenzionato

e-mail \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Dati dell'azienda**

Denominazione e Ragione sociale \_\_\_\_\_

Ufficio / Servizio \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

**Dati amministrativi**

**La fattura dovrà essere intestata a:**

Ragione sociale o cognome e nome \_\_\_\_\_

Via (sede legale) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Partita IVA o codice fiscale \_\_\_\_\_

**La fattura dovrà essere inviata a (se domicilio differente da residenza):**

\_\_\_\_\_

Firma per accettazione (con timbro se azienda o ente) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**Modalità di iscrizione**

La scheda di iscrizione al corso deve essere inviata:  
o via e-mail all'indirizzo: [iscrizioni@galliera.it](mailto:iscrizioni@galliera.it) oppure posta ordinaria/prioritaria a: Segreteria Formazione E.O. Ospedali Galliera – Mura delle Cappuccine 14 - 16128 Genova.

L'iscrizione si intenderà perfezionata nel momento in cui la Segreteria organizzativa riceverà il presente modulo, debitamente compilato e firmato. La conferma dell'avvenuta accettazione verrà data solo via e mail.

**Quote di iscrizione e modalità di pagamento**

La quota di iscrizione è € .....00 (+ IVA 22% quando dovuta\*).

La quota di iscrizione deve essere versata all'accettazione dell'iscrizione mediante bonifico bancario su c/c 000000414190 intestato a E.O. Ospedali Galliera presso Banca CARIGE agenzia 59, IBAN:

IT 80 T 06175 01590 000000414190

indicando nominativo dell'iscritto, il titolo e la data del corso.

\*La quota di iscrizione per conto di un ente pubblico e' esente IVA ai sensi dell'art. 10 del DPR 633/72, come modificato dall'art 14 Legge 537/93

**In caso di rinuncia**, avisare una settimana prima del corso tramite e mail : [iscrizioni@galliera.it](mailto:iscrizioni@galliera.it).

Nessun rimborso è previsto oltre tale termine.

I nominativi dei partecipanti possono essere sostituiti in qualsiasi momento.

**Foro competente**

Il foro competente per l'interpretazione ed esecuzione del contratto e' quello di Genova

**Trattamento dati personali**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE si informa che i dati personali inseriti nel presente modulo verranno trattati dall'E.O. Ospedali Galliera, titolare del trattamento, ai soli fini della gestione dell'evento formativo ivi compresi, ove previsti, gli adempimenti ECM. Rispetto al trattamento dei propri dati, l'interessato gode dei diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento che potrà esercitare scrivendo al Responsabile Protezione Dati all'indirizzo [rdp@galliera.it](mailto:rdp@galliera.it)

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

**S.S.C. Formazione**

**Tel 010 563 4047**

**e-mail [segreteria.formazione@galliera.it](mailto:segreteria.formazione@galliera.it)**