ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

FORMAS Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Tirocinio per Tecnici sanitari di laboratorio biomedico: esecuzione procedure test di screening HPV

Periodo di svolgimento (*barrare la casella corrispondente*):

- ☐ 15-19 maggio 2017
- ☐ 3-7 luglio 2017
- ☐ 23-27 ottobre 2017

Segreteria Organizzativa ISPO
per la trasmissione della scheda di iscrizione
e-mail: formazioneesterna@ispo.toscana.it
Fax 055 32697984

DATI ANAGRAFICI / FISCALI (richiesti per l'accreditamento E.C.M.)

NOME	**COGNOME**

Codice Fiscale

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____ / _____ / _____

Qualifica professionale_____Specializzato in _____Specializzando in _____

Indirizzo privato

Città	CAP Prov.
Tel./Cell.	e-mail

DATI ENTE (richiesti per la corrispondenza)

Ragione Sociale Ente di appartenenza

Indirizzo Ente

Città	CAP Prov.
Tel. Fax	e-mail

QUOTA DI ISCRIZIONE (n. 5 gg. consecutivi dal Lunedì al Venerdì)

- ☐ **€ 350,00 + marca da bollo € 2,00** (€ 352,00) Enti pubblici (esenti IVA art. 10 dpr. 633/1972)
- ☐ **€ 350,00 + IVA 22%** (€ 427,00) Privati

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario da versare presso la Banca CR Firenze, Centro Tesorerie (Via Bufalini, 4 50121 Firenze) sul conto IBAN IT53L0616002832000000008C01 intestato a Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, specificando la causale "Tirocinio TSLB 2017".

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE

Cognome e Nome se persona fisica _____

Ragione Sociale se Azienda e **Codice Univoco** Ufficio per fatturazione elettronica

Indirizzo

Codice Fiscale

Partita IVA

AI FINI DELLA CONFERMA DELL'ISCRIZIONE E' OBBLIGATORIO ALLEGARE:

- ☐ **COPIA COPERTURA ASSICURATIVA RCT** *(Responsabilità Civile contro Terzi)*
- ☐ **COPIA BONIFICO BANCARIO** *(solo per fattura intestata direttamente al singolo partecipante. L'ordinante del bonifico deve corrispondere all'intestatario della fattura)*

Firma_____

Ai sensi dell' art. 23 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra indicati, con modalità cartacea e/o elettronica, al fine di partecipare al suddetto evento o ad altri che saranno organizzati dal Titolare (Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica).