

SCHEDE DI ISCRIZIONE

Tirocinio per Tecnici sanitari di radiologia medica dedicati allo screening mammografico

Periodo di svolgimento: dal ____/____/____ al ____/____/____

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

A horizontal number line with 15 tick marks, labeled from 1 to 15.

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

[illegible]

Tel.	Fax	e-mail
------	-----	--------

QUOTA DI ISCRIZIONE (n. 5 gg. 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 IT53L06160028320000000008C01 intestato a Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, specificando la causale “Tirocinio TSRM 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

A horizontal number line with 15 tick marks, labeled from 1 to 15.

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)*

ATTESTAZIONE INSERIMENTO IN PROGRAMMA DI SORVEGLIANZA DOSIMETRICA

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).