

## CORSO PER ESECUTORE ACLS AHA

Aule Formazione Azienda Ospedaliera "S. Maria"

Terni, edizione del:

11-12/04/2019     16-17/05/2019     12-13/09/2019     14-15/11/2019     12-13/12/2019

(barrare l'edizione che interessa)

### SCHEDA DI ISCRIZIONE PARTECIPANTI EXTRA AZIENDALI

(compilare **in ogni parte** in stampatello maiuscolo)

#### DATI ANAGRAFICI DEL PARTECIPANTE

Cognome e Nome .....

Luogo e data di nascita .....

Codice Fiscale .....

Ente di appartenenza .....

Qualifica professionale ..... Disciplina .....

Certificazione BLS/D conseguita il ..... Ente certificante .....

Residenza: Indirizzo .....

CAP ..... Città ..... Prov. ....

Telefono ..... Cellulare ..... Fax .....

e-mail .....

#### DATI RELATIVI ALLA FATTURAZIONE

(effettuare il pagamento della quota di iscrizione **solo dopo il ricevimento della fattura** dell'Azienda Ospedaliera di Terni)

Intestatario della fattura:  Partecipante     Ente di appartenenza     Altro: .....

(barrare la voce che interessa)

Ragione Sociale dell'Intestatario della fattura: .....

(compilare solo se diverso dal Partecipante)

Codice Fiscale ..... Partita IVA .....

Codice Univoco Ufficio (CUU) per emissione fattura elettronica verso Pubbliche Amministrazioni .....

Recapiti dell'Intestatario della fattura: (compilare solo se diverso dal Partecipante)

Telefono ..... Cellulare ..... Fax .....

e-mail .....

Indirizzo .....

CAP ..... Città ..... Prov. ....

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi Regolamento UE 679/2016)

I dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti per le finalità connesse allo svolgimento dell'attività formativa e trattati con l'ausilio di strumenti elettronici e non elettronici. I dati raccolti saranno trattati unicamente da personale incaricato al trattamento dei medesimi. I dati potranno essere comunicati al Ministero della Salute e/o alla Commissione Regionale ECM dell'Umbria, ai fini ECM. **Il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per consentire l'iscrizione e la registrazione ai fini ECM.** Titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliera di Terni. Al firmatario sono riconosciuti i diritti di cui al Regolamento UE 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le richieste al Titolare del trattamento.

Acconsento al trattamento dei miei dati personali:     SI     NO (se barrata la casella NO, non può essere effettuata la registrazione ne AHA ne ECM)  
(barrare la voce che interessa)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_