SCHEDA ISCRIZIONE ESTERNI

1. Dati personali e indirizzo – SI RACCOMANDA DI SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE!

Cognome _____ Nome _____

Genere M F Codice Fiscale _____

Professione _____ Disciplina* _____

* la disciplina va indicata solo nel caso di medici, veterinari, farmacisti, chimici e psicologi.

Solo per le professioni ordinate: Iscritto all'Ordine/ Collegio _____della Provincia di (sigla): _____

Solo per la professione medica: specificare SE SPECIALIZZANDO (barrare con una X) ☐

Barrare con X: ☐ **D**ipendente ☐ **C**onvenzionato ☐ **L**ibero professionista ☐ Privo di occupazione

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Indirizzo: Via _____ N° _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono casa _____ Cell. _____ E-mail _____

2. Sede di attività: Azienda _____

Dipartimento _____ Struttura _____ Tel. _____

3. Corso prescelto: Qualità delle acque destinate al consumo umano: prospettive. Decreto Legislativo 23 febbraio 2023 n°18 s.m.i.

Codice corso ASUFC_25597 Data di inizio 2/12/2025 Se **F**ormazione **S**ul **C**ampo, barrare con X ☐

4. Sponsorizzazione (barrare): **NO** x **SÌ** ☐ **Se sì, indicare l'importo** _____

Nome sponsor _____ ***Allegare documentazione (invito sponsor)***

5. Dati obbligatori per l'emissione della fattura:

Ragione sociale o Cognome e Nome _____

Indirizzo: Via _____ N° _____ Comune _____

CAP _____ Prov. _____ telefono _____

Partita IVA e Codice Fiscale _____

Successivamente alla sua emissione non verranno prese in considerazione richieste di modifica dei dati relativi all'intestazione della fattura. La fattura relativa alla quota d'iscrizione è esente da IVA, ai sensi dell'art.10, punto 20 del DPR 26/11/1972 n.633 e succ. modificazioni.

In caso di iscrizione a titolo personale, la quota di iscrizione è comunque esente IVA, in ragione del comma 10, art. 14 Legge 537 del 24/12/1993 e s.m.i.

6. Modalità di pagamento: La quota di partecipazione, pari a €_____**

verrà versata alla Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale con indicazione nella causale** del codice del corso e della data di svolgimento, con bonifico a:

- ☐ IBAN IT80E0306912344100000046104 (Utilizzabile solo da privati)
- ☐ CC Conto corrente postale n. 1049064320

*** Se l'importo è **superiore a € 77,47** è d'obbligo il versamento di **ulteriori 2 euro**, per l'apposizione della **marca da bollo** virtuale prevista dall'agenzia delle entrate. In questo caso, nella **causale**** di pagamento **specificare: "quota iscrizione € ..... e marca da bollo € 2,00".**

Far pervenire la ricevuta del pagamento e la scheda di iscrizione alla Formazione (VEDI RETRO).

Barrare se il caso:

☐ **Sono presenti prescrizioni da tenere in considerazione durante l'effettuazione della parte pratica.**

Data _____ **Firma dell'interessato** _____

Se l'intestatario della fattura è una pubblica amministrazione, si richiede timbro e firma dell'amministrazione inviante.
In caso di mancata compilazione del punto 5, si considera intestatario il nominativo indicato al punto 1.

Timbro | *Firma dell'Amministrazione inviante*

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, le forniamo le informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali per finalità formative.
Il Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale in persona del proprio Direttore Generale quale legale rappresentante, con sede in 33100 Udine, via Pozzuolo n.330, tel 04325521, e-mail: privacy@asufc.sanita.fvg.it, PEC asufc@certsanita.it

Responsabile della protezione dei dati

Il Responsabile della protezione dei dati ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE è raggiungibile all'indirizzo e-mail: rpd@asufc.sanita.fvg.it, PEC: asufc@certsanita.it

Finalità e base giuridica del trattamento

I Suoi dati personali sono trattati per lo svolgimento delle attività formative promosse dal Titolare, ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute" del 2 febbraio 2017.
I Suoi dati personali sono trattati per la soddisfazione della richiesta di partecipazione alle attività formative promosse dal Titolare, nonché per la gestione di detto rapporto

Modalità del trattamento

Le operazioni di trattamento sono svolte con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati.
Il Titolare dispone l'utilizzo di adeguate misure di sicurezza al fine di preservare la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei suoi dati personali, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 32 del Regolamento UE, in materia di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 29 del Regolamento UE.
I Suoi dati personali sono conservati in archivi cartacei, informatici e telematici.

Destinatari dei dati personali, comunicazione e diffusione

Il conferimento dei dati personali è necessario per l'espletamento dell'attività formativa prevista.
I Suoi dati personali sono trattati dal personale delle funzioni aziendali deputate delle finalità sopra indicate, che sono espressamente autorizzati e formati.
Sono destinatari dei Suoi dati i seguenti soggetti, designati dal Titolare ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento UE, quali responsabili del trattamento ad Insiel S.p.A.
I Suoi dati personali saranno comunicati, ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute" del 2 febbraio 2017:

- al Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie («Co.Ge.A.P.S.»);
- alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

Ai sensi della Convenzione con gli Assistenti Sociali approvata con Decreto del Direttore Generale n. 939 del 04/09/2023, i dati personali degli interessati saranno comunicati al Servizio Professionale Sociale.

Periodo di conservazione

I suoi dati personali saranno conservati secondo le normative vigenti.

Diritti dell'interessato

In ogni momento potrà esercitare, ai sensi degli articoli da 15 a 22 del regolamento UE 679/2016, il diritto di:

a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali;
b) ottenere le indicazioni circa la finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie dei destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
c) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione o l'opposizione al trattamento che la riguarda;
d) proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi dell'articolo 7 del Regolamento UE 2016/679

Io sottoscritto ……nato a ……. il …….

codice fiscale …… residente a (Comune, Prov.) ……..

via/piazza ……..

Ricevute le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE e consapevole che il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte,

Data ..... ……. *(firma estesa e leggibile)*

La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti dal Ministero e dalla Regione Friuli Venezia Giulia per l'accreditamento ECM.
Va inviata a:
SOSD Formazione e Aggiornamento
Sede di Udine: e-mail: formazione@asufc.sanita.fvg.it