



**TITOLO CORSO: TRATTAMENTO ECONOMICO E PREVIDENZIALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA BUSTA PAGA, FONDO PERSEO, AGGIORNAMENTI RINNOVO CCNL 2019/21.**

**EVENTO: NON ECM**

**SEDE: SALA DELL'OSP.LE NUOVO REGINA MARGHERITA IN VIA ROMA LIBERA 76 ROMA**

**DATA INIZIO: 06/10/2023**

**ORARIO: DALLE 09.00 ALLE 13.30**

HO PARTECIPATO PRECEDENTEMENTE AI CORSI ECM FORM-AUPI  SI  
 NO

- Il numero dei partecipanti è limitato.
- Le iscrizioni saranno accettate seguendo l'ordine cronologico di arrivo delle domande.
- Le iscrizioni si intendono perfezionate al ricevimento della scheda di iscrizione che dovrà pervenire per mail all'indirizzo [formaupi@aupi.it](mailto:formaupi@aupi.it).
- Agli iscritti verrà comunicata la conferma dell'iscrizione raggiunto il numero minimo previsto tramite mail.
- Il corso sarà effettuato solo ed esclusivamente a raggiungimento del numero minimo di iscritti pari al 75% del numero massimo dei partecipanti previsti per il corso.
- I dati personali inviati saranno utilizzati a questo fine, ai fini di ricerca, elaborazione statistica e non utilizzabile da terzi.
- La cancellazione degli stessi può essere richiesta ai sensi della legge sulla privacy.
- "Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018, n. 101"

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

Data di nascita\* \_\_\_\_\_ Luogo di nascita\* \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

Codice fiscale\* \_\_\_\_\_ Email\* \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza\* \_\_\_\_\_ Città\* \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel/casa \_\_\_\_\_ Tel/lavoro \_\_\_\_\_ cell. \* \_\_\_\_\_

Titolo di studio\* Diploma \_\_\_\_\_ Laurea \_\_\_\_\_

Abilitazione professionale\* SI  NO

Iscrizione ordine\* SI  NO  Numero Iscrizione \_\_\_\_\_ Regione\* \_\_\_\_\_

Professione\* \_\_\_\_\_ Settore Attività \_\_\_\_\_

Dipendente  Convenzionato  Libero Professionista  Privo di occupazione

Indirizzo Lavoro \_\_\_\_\_

(\*campi obbligatori)

**Evento Gratuito**

**Modalità di disdetta**

E' attribuito a ciascun partecipante il diritto di recesso ai sensi dell'art. 1378 C.C., che dovrà essere comunicato con disdetta da inviare via Fax al n° 06/68803822 o per mail all'indirizzo [formaupi@aupi.it](mailto:formaupi@aupi.it).

Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali di Form-AUPI

Firma \_\_\_\_\_

Data di compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_