

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Utilizzare la presente scheda per persona.

Si prega di compilare in stampatello e inviarla via fax entro il **dead line** alla Segreteria Organizzativa Kassiopea Group Srl, Via San Tommaso d'Aquino, 20 – 09134 Cagliari, al numero di fax 070 656263 – e-mail **indirizzo e-mail del RP**

Ruolo:  Partecipante  Docente  Tutor  Relatore

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO LAVORO** Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PV \_\_\_\_\_

Istituto  Ospedale  Università  Azienda  Ente

Reparto  Dipartimento  Clinica  U.O.  Divisione

**INDIRIZZO RESIDENZA** Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PV \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax\* \_\_\_\_\_ e-mail\* \_\_\_\_\_

\*Campi obbligatori al fine della spedizione della conferma della registrazione

<b>FATTURAZIONE* (DATI OBBLIGATORI)</b>		
Nome _____		Cognome _____
Oppure Ragione Sociale _____		Oppure Ente Pubbico** _____
*Indirizzo fiscale <b>Via/P.zza</b> _____		n° _____ Città _____ CAP _____ PV _____
*Codice Fiscale _____		*Partita IVA (obbligatoria se esistente) _____
*Codice Destinatario (Se in possesso)/Univoco (per Ente Pubbico) _____ pec _____		
Specificare regime IVA: <input type="checkbox"/> Forfettario/minimi <input type="checkbox"/> Regime ordinario		
<b>**Qualora si richieda la fattura intestata ad un Ente Pubbico, il partecipante non deve effettuare il pagamento della quota di iscrizione a meno che non sia stato espressamente autorizzato dallo stesso Ente che dovrà comunicare l'importo da corrispondere e dovrà inviare alla kassiopea Group la dichiarazione di adesione allo split payment o di esenzione IVA</b>		
<b>Si iscrive al "Imparare ad insegnare"</b>		
	Prima del 15/04	Dopo il 15/04
Partecipante	<input type="checkbox"/> € 120,00 iva inclusa	<input type="checkbox"/> € 145,00 iva inclusa

**MODALITA' DI PAGAMENTO**

Bonifico bancario intestato a KASSIOPEA GROUP SRL IBAN IT34L010054410000000003355

specificando il nome del partecipante ed indicando nella causale il titolo del congresso (si allega copia dell'ordine di bonifico)

Le spese bancarie o postali sono a carico del partecipante

**CANCELLATION POLICY**

La quota di iscrizione potrà essere rimborsata solo nel caso che la disdetta venga comunicata alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre il 28 aprile 2020

Data _____	Firma _____
------------	-------------

**Informativa sulla Privacy**

La informiamo che, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 i dati personali forniti attraverso la compilazione della presente scheda d'iscrizione, potranno formare oggetto di trattamento in relazione allo svolgimento di questo evento. I dati, il cui conferimento è facoltativo, ma indispensabile ai fini amministrativi, verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e la riservatezza. L'ambito di trattamento sarà limitato al territorio italiano e i dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a soggetti che in collaborazione con il titolare partecipano all'organizzazione di questa iniziativa compresa la Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina.

I dati verranno trattenuti per tutta la durata dell'evento e verranno utilizzati in caso di invio di future informazioni di carattere istituzionale e formativo di Kassiopea Group. Lei potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui al Regolamento UE 679/2016 e quindi conoscere, ottenere la cancellazione, la rettifica, l'aggiornamento e l'integrazione dei suoi dati, nonché opporsi al loro utilizzo per le finalità indicate.

Titolare dei sopraindicati trattamenti è Kassiopea Group Srl, con sede in Via San Tommaso d'Aquino, 20 a Cagliari.

Responsabile del trattamento è l'Amministratore Unico di Kassiopea Group Srl.

I dati saranno trattati dagli incaricati appartenenti alle seguenti aree: Organizzazione Eventi, Amministrazione, Segreteria, Direzione.

Consenso

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui al Regolamento UE 679/2016 ed esprime il suo consenso previsto dagli articoli 23 e ss della citata legge, al trattamento dei suoi dati per le finalità precisate nell'informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_