



**FORMA**  
Agenzia formativa

## MODULO DI ISCRIZIONE EVENTO ECM

Mod.P15-015  
Rev.01 del 2011

Anno formativo: 2012

Titolo Evento: **IL PIEDE DIABETICO: IL RUOLO DEL CHIRURGO VASCOLARE, ASPETTI METABOLICI, MEDICAZIONI AVANZATE E APPOGGI DEL PIEDE**

**Docente:** Scaramuzza Andrea; Chebat Enrica; Camozzi Luca; Bonaspetti Giovanni; Azzola Flavio; Zito Giuseppe; Badini Ilaria; Sammartino Angela, Castelli Francesco, Stellini Roberto

**Data evento:** Venerdì 30 Marzo 2012

**Crediti formativi Ecm:** 8,5 per Chirurghi vascolari – Medici infettivologi – Infermieri – Podologi – Tecnici ortopedici – Fisioterapisti – Medici internisti

**Luogo evento:** Istituto Clinico Sant'anna Via del Franzone, 31 - 25127 – Brescia

**Quota iscrizione (barrare la casella corrispondente)**

€ 100,00  
Esente IVA

### DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov.   Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale                     Professione \_\_\_\_\_

Libero professionista/Titolare  Dipendente  Disciplina/Specializzazione \_\_\_\_\_

### DATI RESIDENZA

Residente in \_\_\_\_\_ Prov.   Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

### DATI PER FATTURAZIONE

Azienda \_\_\_\_\_ P.Iva

C.F.                      Indirizzo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov.   CAP       Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### Modalità di pagamento

**Bonifico bancario**

Intestato a: Agenzia Formativa Forma  
Banca del Piemonte – Ag. sede centrale di Torino  
IBAN IT65 A030 4801 0000 0000 0084 857  
(inviare via fax copia della ricevuta al n° 011-3189285)

Entro e non oltre il 10 giorni prima della data di inizio evento

**Bollettino postale**

Intestato a: Agenzia Formativa Forma  
Conto corrente postale: 000005115074  
Tramite bonifico IBAN: IT25P0760101000000005115074  
(inviare via fax copia della ricevuta al n° 011-3189285)

Entro e non oltre il 10 giorni prima della data di inizio evento

**Nota Bene:** riportare obbligatoriamente nella *Causale nome del partecipante al corso e tipo di corso prescelto.*

**L'ISCRIZIONE SI INTENDE EFFETTIVA SOLO DOPO LA RICEZIONE DELLA COPIA DELL'AVVENUTO PAGAMENTO.**

### CANCELLAZIONE ISCRIZIONE:

Per cancellazioni ricevute entro 10 giorni dalla data d'inizio del corso verrà restituito il 50% della quota di iscrizione con pagamento a 60 giorni dall'evento. Nessun rimborso è previsto dopo tali termini.

### Informativa sulla privacy

Gentile Signora, Egregio Signore,  
desideriamo informarLa che la raccolta ed il trattamento dei dati personali è improntata ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 La informiamo che il trattamento dei dati personali forniti in sede di preiscrizione/iscrizione è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività gestionali e di analisi statistica, anche a fini programmatici. Il trattamento avverrà, anche con procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per pervenire alle predette finalità, nel caso di comunicazione a terzi (operatori del settore formazione professionale, province, ecc). Le elaborazioni saranno oggetto di analisi aggregate e verranno effettuate in forma assolutamente anonima. Il conferimento di tali dati è necessario per consentire la gestione, l'analisi e la determinazione di indicatori di efficacia ed efficienza delle attività di formazione professionale. Inoltre, l'Agenzia formativa Forma potrà inviarLe materiale informativo e/o promozionale, nonché inviti ad eventi formativi e informativi, quali corsi di aggiornamento, seminari etc.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_