

**AIDED COMMUNICATION**  
**MILANO, 8 NOVEMBRE 2019**

**ANAGRAFICA**

DOTT.  SIG.  (barrare la casella corrispondente)

Cognome ..... Nome .....

Luogo e Data di nascita.....

Via ..... Città .....

Provincia ..... CAP .....

E-mail .....

Telefono .....

**CREDITI PER EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM)**

Sono interessato all'attribuzione dei crediti formativi (ECM)  SI  NO

Lavora in qualità di: Professione\*.....Disciplina\*:.....

Svolge attività come: Libero Professionista  Dipendente  Convenzionato

Presso.....

Privo di occupazione

Laurea in.....rilasciata dall'Università di.....

Iscritto all'Ordine.....di.....

\*Riferirsi all'elenco e ai codici relativi di Age.na.s- All. F e All G. del RepXml1\_S.3.19\_1\_Modello\_Report\_Partecipanti\_ECM\_MATRICE

**FATTURAZIONE**

Fatturare a .....

Via ..... Città .....

Provincia ..... CAP .....

C.F. .... P.IVA .....

Per l'invio della **Fattura Elettronica** si richiede:

CODICE SDI:.....OVVERO PEC:.....

SE NON COMPILATI i campi precedenti indicare in quale regime si opera:.....

Nel caso in cui l'iscrizione sia a carico dell' **Ente di appartenenza**, indicare se:

- L'ENTE DI APPARTENENZA A CUI FATTURARE BENEFICIA DI ESENZIONE IVA SI  NO
- L'ENTE DI APPARTENENZA A CUI FATTURARE APPARTIENE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE SI  NO

Iscritto ad ISAAC ITALY per il periodo 1° gennaio – 31 Dicembre 2019  
specificare estremi iscrizioni in corso: data invio scheda.....categoria.....

Iscritto alla SCUOLA DI FORMAZIONE in CAA 2019

**ULTERIORI SEGNALAZIONI:**

Allergie e/o intolleranze alimentari.....

Mobilità.....

**Per la fatturazione si utilizzeranno i dati sopra indicati; si prega di compilare tutti i campi richiesti e la modulistica privacy ai fini della validità della candidatura.**

Data.....

Firma.....

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

letta l'Informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

do il consenso  nego il consenso

alla raccolta di informazioni di carattere particolare, quali lo stato di salute (esistenza di eventuali allergie e/o intolleranze alimentari, inabilità), che siano necessarie alla Fondazione per erogare servizi adeguati alle mie esigenze.

Inoltre,

do il consenso  nego il consenso

Al trattamento dei miei dati personali al fine di ricevere materiale informativo sull'attività della Fondazione.

## CONSENSO ALL'UTILIZZO DELLE IMMAGINI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_

letta l'Informativa resa dalla Fondazione Benedetta d'Intino, ai sensi degli articoli 10 del Codice Civile, dell'articolo 96 della legge 633/1941 sulla protezione del diritto d'autore e successive modifiche e dell'art. 8 del Regolamento (UE) 2016/679

do il consenso  nego il consenso

- a) all'utilizzo a titolo gratuito, delle mie immagini e/o dei video per le finalità e con le modalità di cui all'Informativa. In particolare autorizzo espressamente la pubblicazione e diffusione delle immagini nei canali di comunicazione del Centro e della Fondazione Benedetta Intino

Fatto salvo ogni uso improprio delle immagini o dei video che leda la dignità personale del sottoscritto interessato, dichiaro di non avere nulla a che pretendere ad alcun titolo presente e futuro in riferimento a quanto oggetto della presente autorizzazione.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_