

## SCHEDA DI ISCRIZIONE PARTECIPANTI ESTERNI

<b>TITOLO CORSO:</b> Il corpo nella mente: incontro tra Neuroscienze e Riabilitazione																	
Data:																	
COGNOME:								NOME:									
AZIENDA/ENTE:												LIBERO		SI		NO	
PROF.:																	
Professione:								Specializzazione:									
Luogo di nascita:								data di nascita:									
Via/p.zza:												n°:					
CAP:				Città:				Prov:									
e-mail:																	
telefono:								FAX:									
Codice Fiscale																	
Quota € :																	

**SI RICHIEDE FATTURA CHE DOVRA' ESSERE INTESTATA A:**

Cognome nome/Ente/Ditta:															
via/p.zza:												n°			
CAP:				Città:				Prov:							
Codice Fiscale															
Partita IVA:															
Da inviare a:															

- La domanda di partecipazione dovrà pervenire via **fax al n° 040910690** o via mail **[gabriella.lamprecht@aots.sanita.fvg.it](mailto:gabriella.lamprecht@aots.sanita.fvg.it)**
- Dopo aver ricevuto la conferma di iscrizione la SV dovrà provvedere al versamento della quota di iscrizione, a mezzo bonifico bancario: Cassa di Risparmio del Friuli Venezia Giulia Centro Tesoreria – via del Monte n°1 – 33100 Udine  
Codice IBAN IT 07 N 06340 12315 100000 302063 intestato:  
Azienda Ospedaliero – Universitaria “Ospedali Riuniti” di Trieste, via del Farneto,3 34142 Trieste
- Indicare sul bonifico, come causale, il titolo del corso
- La ricevuta di pagamento dovrà essere inviata a mezzo fax, almeno una settimana prima dell’inizio del corso, al seguente numero: 040 910690

LUOGO..... DATA..... FIRMA.....

**PRIVACY:** Ai sensi del D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni il trattamento dei dati sarà effettuato solo per il fine per cui sono stati richiesti. Tali dati da Lei forniti saranno custoditi dall'Azienda Ospedaliero – Universitaria OORR TS e trattati attraverso l'utilizzo dei sistemi aziendali ai fini del D.Lgs 229/99 e della Deliberazione n.1091 del 17/04/2003 della Regione Friuli Venezia Giulia (Formazione ECM). Saranno inoltre comunicati alla Commissione Regionale ECM.

LUOGO..... DATA..... FIRMA.....