

**fimp**Federazione Italiana  
Medici **Pediatrici**  
Sezione Sicilia**LA PEDIATRIA  
DI FAMIGLIA  
INCONTRA  
IL FUTURO**IX CONGRESSO  
REGIONALE  
FIMP SICILIA**SCHEDA  
D'ISCRIZIONE**Catania 18/19 ottobre 2014  
Hotel NettunoDa compilare in stampatello ed inviare via fax **091/303150** oppure via email a **info@pediatricisicilia.it****FIGURA PROFESSIONALE** (è obbligatorio specificare anche la disciplina)**Medico Chirurgo:**  *Medicina Generale*     *Pediatria*     *Pediatra di libera scelta***DATI ECM** (indispensabili ai fini dell'ottenimento dei crediti formativi ECM)

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

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

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

**DATI PERSONALI**

Indirizzo privato \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

**DATI ISTITUTO / ENTE**

Istituto/Ente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**DATI PER LA FATTURAZIONE** (se diversi da quelli sopra indicati)

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Codice fiscale/ P. Iva \_\_\_\_\_

**QUOTA DI ISCRIZIONE**

IVA 22% inclusa

	<i>entro il 15 /09</i>	<i>dal 16 /09</i>	<i>in sede</i>
Iscritto Fimp	<input type="checkbox"/> gratuita	<input type="checkbox"/> gratuita	<input type="checkbox"/> € 61,00
Non iscritto Fimp	<input type="checkbox"/> € 122,00	<input type="checkbox"/> € 146,40	<input type="checkbox"/> € 183,00
Specializzando	<input type="checkbox"/> gratuita	<input type="checkbox"/> gratuita	<input type="checkbox"/> € 61,00

**MODALITÀ DI PAGAMENTO** Conto corrente postale n. 47015664 intestato a SERVIZITALIA Soc. Coop. Assegno bancario o circolare "non trasferibile" intestato a SERVIZITALIA Soc. Coop. n. \_\_\_\_\_ Bonifico Bancario, di cui si allega copia a favore di: SERVIZITALIA Società Coop. IBAN: IT 06 Y 05772 04615 CC0050002156 BANCA S. ANGELO - Sede di Palermo causale: IX Congresso Regionale Fimp Sicilia 2014 + *nominativo partecipante* Addebito su Carta di Credito     VISA     Master Card

Importo di € \_\_\_\_\_

Carta n. \_\_\_\_\_

Scadenza (mese/anno) \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Codice CVV \_\_\_\_\_

Titolare \_\_\_\_\_

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

**Informativa art. 13 Lgs 30.06.2003 n.196**

I dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti per le finalità connesse allo svolgimento dell'evento e trattati con l'ausilio di strumenti elettronici e non elettronici. I dati raccolti saranno trattati unicamente da personale incaricato al trattamento dei medesimi (addetti all'attività commerciale, di amministrazione e di segreteria). I dati potranno essere comunicati a liberi professionisti, hotel, agenzie di viaggio, compagnie aeree e marittime, ordine professionale di appartenenza, istituti bancari, Ministero della Salute ai fini ECM e ad eventuali Aziende Sponsor. Il conferimento dei dati (nome, cognome, indirizzo, professione, codice fiscale, partita IVA, luogo e data di nascita, telefono, email, ecc.) è obbligatorio per consentire la prenotazione alberghiera, l'iscrizione all'evento, per l'emissione di regolare fattura e la registrazione ai fini ECM. I suddetti dati (indirizzo mail, numero di fax) potranno essere utilizzati anche per informarLa dei nostri futuri eventi se esprimerà il Suo consenso barrando l'apposita casella. Un eventuale rifiuto a conferire il consenso per l'invio di comunicazioni relative alle nostre attività non pregiudicherà l'iscrizione all'evento corrente ma l'impossibilità di contattarLa per informarLa su eventi futuri. Titolare del trattamento è "SERVIZITALIA" con sede legale in Palermo, via Salvatore Puglisi 15. Le ricordiamo che Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Titolare del trattamento all'indirizzo (fvajana@servizitalia.it).

Autorizzo l'acquisizione e l'utilizzo di immagini relative alla mia persona, finalizzate all'eventuale pubblicazione cartacea o on-line in contesti inerenti la divulgazione e documentazione degli eventi delle società scientifiche legate alla pediatria. (Rif. Normativi: Art. 96 l. 633/1941; Art. 10 c.c.; Art. 23 D.Lgs. 196/03).

Sì  NO  Consento che i miei dati personali siano trattati per informarmi su iniziative similari o sui servizi di consulenza svolti dal Titolare.Sì  NO  Desidero ricevere materiale informativo a mezzo e-mail, fax o sms.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_