

SUMMER SCHOOL 7-8-9 Luglio 2017

"AFERESI TERAPEUTICA NEI TRAPIANTI D'ORGANO"

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

- AZIENDA OSPEDALIERA di PADOVA – U.O.C. RAPPORTI CON L'UNIVERISTA' E FORMAZIONE -
Via Giustiniani 2, 35131 Padova Bigolaro Beatrice E_mail: beatrice.bigolaro@aopd.veneto.it

MODALITA' D' ISCRIZIONE:

- per il **personale dipendente** dell'Azienda Ospedaliera di Padova l'iscrizione è gratuita ed avviene tramite richiesta scritta all'indirizzo e-mail beatrice.bigolaro@aopd.veneto.it. Ricevuta la conferma della disponibilità dei posti, l'abilitato inserirà la richiesta F1 con spese nel portale della formazione: <http://intranet.sanita.padova.it>;
- per il **personale esterno DIPENDENTE DI ENTE PUBBLICO AUTORIZZATO DAL PROPRIO ENTE** avviene tramite richiesta scritta all'indirizzo e-mail beatrice.bigolaro@aopd.veneto.it. Ricevuta la conferma della disponibilità dei posti, deve essere inviato il presente modulo con allegata la lettera di autorizzazione del proprio Ente che si impegna a pagare la quota di €75.
- per il **personale esterno ENTE PRIVATO O DIPENDENTE DI ENTE PUBBLICO (NON AUTORIZZATO DAL PROPRIO ENTE)** avviene tramite richiesta scritta all'indirizzo e-mail beatrice.bigolaro@aopd.veneto.it. Ricevuta la conferma della disponibilità dei posti, deve essere inviato il presente modulo con allegata la copia del bonifico della quota di iscrizione che è di € **91,50 (IVA inclusa)**. Il versamento deve essere effettuato tramite bonifico bancario alla Banca Monte dei Paschi di Siena e intestato a: AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA – IBAN IT69C0103012134000001100168 – Causale "CONVEGNO AFERESI TERAPEUTICA - iscrizione Nome e Cognome"

COGNOME.....**NOME**.....

Nato/a **il**.....

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Professione.....**Disciplina**

Indirizzo di residenza: Via / Piazza..... **n.**

Comune:..... **Provincia:**.....**CAP**

Cellulare.....**Tel.**.....**e-mail**

Per l'intestazione fattura indicare se deve essere intestata a:

- Se stesso
- Proprio Ente

Ente di appartenenza:.....

Indirizzo dell'Ente: Via / Piazza..... **n.**

PARTITA I.V.A/C.F.

Profilo lavorativo:

- Dipendente del SSN
- Convenzionato SSN
- Libero Professionista
- Altro

Richiede l'uso dell'elicottero per raggiungere la sede del Convegno? Si No

Data Firma

Il sottoscritto autorizza ai sensi della legge n. 675 / 96, 123 / 97 e successive integrazioni e modifiche ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare attività formative; comunicazioni a terzi al fine di favorire l'inserimento lavorativo, invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative. (Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata dal sottoscritto)
Firma Data