La domanda è anche compilabile on-line all'indirizzo: (in costruzione)

Istruzioni per la compilazione della domanda:

1) Scrivere in modo leggibile
2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
3) Indicare il titolo e la data della manifestazione al quale si richiede di partecipare
4) Compilare tutti i campi richiesti

TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE:
Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nell'assistenza dei pazienti con demenza

N° ID della manifestazione: 018D **DATA DI SVOLGIMENTO il 19/10/2007**

DATI PERSONALI

Cognome:	**Nome:**
Data di nascita (gg/mm/aa):	**Luogo di nascita:**
Stato (se diverso da ITALIA)	**Genere: M ☐ F ☐**
Indirizzo: Via	
Città:	**Provincia:**
CAP:	**Regione:**
Telefono:	**Fax:**
Posta elettronica:	**Codice Fiscale:**

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio:	
Profilo sanitario ECM (es.: medico, biologo,..)	
Ente di appartenenza:	
Indirizzo: Via	
Città:	**Provincia:**
CAP:	**Regione:**
Telefono:	**Fax:**

NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria per le future comunicazioni

POSITIONE

Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):	
Inquadramento nell'Ente:	
Di ruolo: SI ☐ NO ☐	**Se di ruolo, specificare quale:**

3. QUOTA D'ISCRIZIONE*

La quota di iscrizione è specificata nel programma della manifestazione e varia in base alla tipologia del richiedente. La quota di iscrizione, ai sensi dell'art. 14 co. 10 L. 24.12.1993, n. 537 e dell'art. 10 co. 20 D.P.R. 633/1972, è esente da IVA nel caso di corrispettivi versati dai soggetti richiamati dalle norme sopra citate (enti pubblici). Si applica in questo caso l'imposta di bollo di € 1,81 da versare contestualmente alla quota di iscrizione. In caso contrario l'importo sarà soggetto ad aliquota ordinaria IVA pari al 20%. La quota è stabilita in osservanza al Decreto Tariffe Servizi a Terzi del 30/04/04 pubblicato sulla G.U. n° 146 del 24/06/04, e successive modifiche e integrazioni.
La quota di iscrizione è dovuta per intero anche se non si partecipa a tutte le giornate della manifestazione. *Alcune manifestazioni dell' ISS finanziate da specifici progetti o convenzioni sono a carattere gratuito: tale specifica viene indicata sul programma.

a) Studenti: €_____

(Tariffario ISS: € 60,00 per giornata, IVA compresa)

b) Operatori del SSN, Università, Centri Pubblici di Ricerca e Membri di Associazioni: €____

(Tariffario ISS: € 120,00 per giornata, IVA compresa)

c) Operatori del SSN, Università, Centri Pubblici di Ricerca e Membri di Associazioni che si iscrivono per nome e per conto di Enti pubblici: €_____

(Tariffario ISS: € 101,81 per giornata, imposta di bollo compresa)

d) Operatori privati: € _____

(Tariffario ISS: € 180,00 per giornata, IVA compresa)

DATI PER LA FATTURAZIONE:

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 T.U. 445/2000. Le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi delle vigenti norme penali.
N.B.: Il dipendente di ente pubblico che si iscrive a titolo personale è soggetto al pagamento dell'IVA e la fattura verrà intestata alla persona fisica. Se il pagamento della quota di iscrizione è a carico dell'ente di appartenenza, la fattura sarà intestata all'Ente e sarà applicata la quota di iscrizione al netto dell'IVA integrata dall'imposta di bollo (€ 1,81 da sommare alla quota di iscrizione).

Denominazione della persona fisica o giuridica alla quale intestare la fattura:
_____

Via_____**Città**_____**CAP**_____

Partita IVA/Codice fiscale:_____

MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda, debitamente compilata e sottoscritta, deve essere inviata via fax alla Segreteria scientifica nei tempi indicati sul programma della manifestazione.
Per le manifestazioni con quota di iscrizione, il partecipante è richiesto di inviare via fax copia del bonifico relativo al pagamento della quota di iscrizione indirizzandolo alla Segreteria Scientifica indicata nel programma della manifestazione. **Non saranno ammessi in aula partecipanti non in regola con la quota di iscrizione.**

MODALITA' DI PAGAMENTO:

Il pagamento dovrà essere effettuato mediante bonifico bancario con le seguenti specifiche:
Per i bonifici da eseguire in Italia:
Banca Nazionale del Lavoro - Tesoreria dell'Istituto Superiore di Sanità
IBAN: IT49J0100503382000000200400 CIN: J ABI: 01005 CAB: 03382 C/C: 200400
Causale: Nome e cognome del partecipante, titolo e codice della manifestazione.

Per i bonifici da effettuare dall'estero:
Banca Nazionale del Lavoro - Tesoreria dell'Istituto Superiore di Sanità
SWIFT BIC: BNLIITRR IBAN: IT49J0100503382000000200400
CIN: J ABI: 01005 CAB: 03382 C/C: 200400
Per gli Enti in Tesoreria unica si può ricorrere al conto presso la
Banca d'Italia, Tesoreria centrale intestato all'Istituto Superiore di Sanità:
conto: 22349
Causale: Nome e cognome del partecipante, titolo e codice della manifestazione.

MODALITA' DI DISDETTA PER LE MANIFESTAZIONI CON QUOTA DI ISCRIZIONE:

E' attribuito a ciascun partecipante il diritto di recesso ai sensi dell'art. 1373 del Codice Civile che dovrà essere comunicato con disdetta (indicando chiaramente titolo, codice e data di svolgimento della manifestazione) da inviare via fax alla Segreteria Scientifica indicata nel programma della manifestazione e potrà essere esercitato nelle seguenti modalità:
- fino a 20 giorni di calendario prima dell'inizio della manifestazione, il partecipante potrà recedere senza versare alcun corrispettivo all'ISS, che pertanto provvederà al rimborso dell'intera quota di iscrizione.
- oltre il termine di cui sopra o fino al giorno di inizio della manifestazione, verrà emessa fattura e non verrà rimborsata alcuna quota.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, i dati personali comunicati saranno trattati unicamente per le finalità di gestione della procedura per la quale vengono rilasciati. Ai sensi dell'art. 1341 C.C. il richiedente, sottoscrivendo la domanda di iscrizione, accetta espressamente le modalità di pagamento e le modalità di disdetta.

Firma……

La domanda debitamente compilata deve essere trasmessa via fax alla Segreteria della manifestazione al recapito indicato nel programma.

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:
La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini amministrativi concernenti il rapporto di collaborazione con questo Istituto di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. Si informa inoltre che il titolare del trattamento è l'Istituto Superiore di Sanità.

Firma……