

DOMANDA D'ISCRIZIONE SEMINARIO STRATEGIA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

DATI PARTECIPANTE (Tutti i campi segnati con un asterisco (*) sono obbligatori ai fini della compilazione dell'attestato)

Da duplicare per ogni partecipante

(nome)* _____ (cognome)* _____

Professione/ _____

C.F.* _____

Tutti i dati personali sono tutelati e trattati ai sensi della Legge sulla Privacy (D.Lgs. n.679/2016)

Estremi per la fatturazione

Nome e cognome* _____

Indirizzo* _____

Città * _____ CAP * _____ Prov.* _____

P.Iva* _____

Tel.* _____ Fax _____ E- mail _____

Banca d'appoggio _____ agenzia _____ IBAN* _____

Tutti i campi segnati con un asterisco (*) sono obbligatori

Provvediamo al versamento della quota d'iscrizione al corso

- di euro 40,00 (adesione individuale)
 di euro 40,00 + IVA 22% (adesione tramite azienda)

sul c\c n. Intestatario: ISFORCOOP IBAN: IT20Z0501801400000012326351 – Banca Etica

causale di versamento: CORSO FORMAZIONE INDICARE IL TITOLO, NOME E COGNOME PARTECIPANTE

L'intero importo deve essere saldato prima che inizi il corso.

Nessun anticipo è rimborsabile.

Dichiaro inoltre di aver letto l' informativa di dettaglio sopradescritta e di accertarne integralmente il contenuto.

In Allegato dichiarazione di consenso al trattamento dei propri dati personali (Legge 675/96).

Data, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

INFORMATIVA PRIVACY “CORSISTI”

La ISFORCOOP ETS (per il prosieguo anche solo l'Associazione), effettua trattamenti di dati personali nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione dei dati delle persone fisiche.

A tale scopo, l'Associazione ha deciso di adottare un proprio “Registro delle attività di trattamento dei dati personali” nonché mette in atto “misure tecniche ed organizzative di sicurezza” volte a tutelare i dati personali trattati dall'Associazione.

Con la presente, l'Associazione Le fornisce alcune informazioni riguardanti il trattamento dei Suoi dati. Dati di contatti del Titolare e dei Responsabili del trattamento L'Associazione è il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali. Secondo le disposizioni del Regolamento UE 2016/679, al momento del conferimento dei dati Lei acquisisce il titolo di Interessato al trattamento dei dati. Per qualsiasi chiarimento od esigenza connessa al trattamento, gli Interessati possono rivolgersi a:

ISFORCOOP ETS - Sede legale Salita Nuova .N.S. del Monte, 3c – Genova

Telefono 010 837301 Indirizzo PEC RPD audit.isforcoop@arubapec.it

Finalità del trattamento e base giuridica I Suoi dati personali sono acquisiti dall'Associazione esclusivamente per le finalità connesse allo svolgimento del servizio di formazione offerto nonché per l'assolvimento degli obblighi di legge conseguenti, quali ad esempio, gli adempimenti fiscali La mancata comunicazione dei dati comporta l'impossibilità di instaurare, proseguire, definire o porre in atto il predetto servizio.

Comunicazione dei dati

L'Associazione si avvale di professionisti e/o altre società (i Consulenti) per l'erogazione di determinati servizi connessi, strumentali o di supporto all'attività dell'Associazione. I Suoi dati personali possono essere, dunque, oggetto di comunicazione a tali soggetti esclusivamente per l'adempimento degli incarichi professionali loro affidati. In particolare, le finalità di tali trattamenti concernono: adempimenti di natura contabile, retributiva, previdenziale, assistenziale, legale e fiscale. Questi soggetti, potendo eventualmente svolgere attività di trattamento dei Suoi dati, sono stati nominati Responsabili del trattamento e offrono ampie garanzie di sicurezza per il loro trattamento. In ogni caso, i Responsabili del trattamento nominati sono tenuti al rispetto di quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679. I Suoi dati potranno anche essere comunicati ad altri soggetti esclusivamente in ossequio ad un'espressa disposizione di legge in tal senso.

Modalità di trattamento

Il trattamento sarà effettuato, con o senza l'ausilio di strumenti elettronici, secondo principi di correttezza, Liceità, trasparenza in modo da tutelare la riservatezza e i diritti dell'Interessato. Tutti i dipendenti o collaboratori del Titolare che effettuino attività di trattamento dei Suoi dati, sono stati espressamente designati al trattamento dei dati e adeguatamente formati circa i principi e le corrette modalità di trattamento dei dati.

L'Associazione non effettua alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, dei Suoi dati.

Periodo e modalità di conservazione

I Suoi dati verranno conservati per il periodo di 10 anni dalla data di conclusione del corso e, comunque, per il tempo strettamente necessario per le finalità anzidette nonché in ossequio alle normative applicabili di natura civile, contabile, fiscale e regolamentare. Sono adottate dall'Associazione adeguate misure di sicurezza dei Suoi dati al fine di prevenire i rischi legati, oltre che al trattamento ed alla tutela dei diritti dell'Interessato, anche alla sicura conservazione dei dati stessi.

Diritti dell'Interessato

Il Regolamento UE 2016/679 Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, fra i quali, quelli di richiedere all'Associazione: l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione al trattamento dei Suoi dati nonché quello di revocare il consenso già prestato. Inoltre, ha diritto di ricevere in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i

dati personali da Lei forniti e trasmettere tali dati a un altro Titolare del trattamento. Per esercitare i Suoi diritti o qualsiasi altra necessità, La invitiamo a contattare il responsabile della protezione dei dati nominato dall'Associazione attraverso una comunicazione scritta all'indirizzo PEC audit.isforcoop@arubapec.it Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo per i casi di ritenuta violazione da parte dell'Associazione delle disposizioni del Regolamento UE 2016/679.

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Il
Sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
sottoscrive la presente dichiarando di aver letto e compreso l' Informativa Privacy per i Corsisti
Data _____
Firma _____

Il
Sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____

- presta il proprio consenso
 nega il proprio consenso
(barrare la scelta desiderata)

Data _____
Firma _____