



# Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

## PROGETTO FAD SIFO: "IL FARMACISTA PROMOTORE ED INTERPRETE DEL CAMBIAMENTO, DALL'EMERGENZA ALLA PIANIFICAZIONE"

Percorso n. 7 - "RADIOLIGAND THERAPY, GALENICA ONCOLOGICA, CURE PALLIATIVE"

Codice Evento: 313-350668

FAD Asincrona – dal 10/06/2022 al 31/12/2022

SCHEDA DI ISCRIZIONE riservata solo ai **Farmacisti NON SOCI SIFO** e a **tutte le Professioni Sanitarie non iscritte al XLII Congresso Nazionale SIFO 2021**

**DA INVIARE VIA MAIL alla Segreteria Nazionale SIFO ([info@sifo.it](mailto:info@sifo.it))**

|                                          |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |  |        |         |     |  |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|---------|-----|--|
| Cognome                                  |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |  | Nome   |         |     |  |
| Luogo di Nascita                         |                                                                                                            | Data di Nascita                                                                                                                                                                                          |  | CF     |         |     |  |
| Indirizzo Abitazione                     |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |  | Num.   |         | Cap |  |
| Località                                 |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |  | Prov.  | Regione |     |  |
| Denominazione Azienda/Sede lavoro        |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          |  |        |         |     |  |
| Tel.                                     |                                                                                                            | Cell.                                                                                                                                                                                                    |  | E-mail |         |     |  |
| Professione                              | <input type="checkbox"/> Professione (indicare) _____ <input type="checkbox"/> Disciplina (indicare) _____ |                                                                                                                                                                                                          |  |        |         |     |  |
| Iscrizione avvenuta tramite reclutamento |                                                                                                            | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI' (se sì, indicare il nome dell'Azienda reclutante _____)                                                                                         |  |        |         |     |  |
|                                          |                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Dipendente<br><input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di Occupazione (o in congedo o altro: _____) |  |        |         |     |  |

Il corso è rivolto a n. 500 Operatori Sanitari per singolo percorso FAD. I destinatari dell'offerta formativa sono tutte le Professioni Sanitarie provenienti da tutto il territorio nazionale.

### QUOTA DI ISCRIZIONE:

- **QUOTA GRATUITA** per tutti gli iscritti al XLII Congresso Nazionale SIFO 2021, per i Farmacisti soci SIFO in regola con la quota associativa dell'anno in corso e per tutte le Professioni Sanitarie ad esclusione dei Farmacisti NON soci SIFO;
- **\*QUOTA € 122,00** (€ 100,00 + IVA 22%) per i **Farmacisti NON SOCI SIFO NON iscritti al XLII Congresso Nazionale SIFO 2021**.

**MODALITÀ DI PAGAMENTO** (\*Solo se FARMACISTI NON SOCI SIFO e NON ISCRITTI AL XLII CONGRESSO NAZIONALE SIFO 2021):

Necessito di fattura ☒ SI ☐ NO

|                                                                                                                                                           |    |                      |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------|-------|
| Intestazione                                                                                                                                              |    |                      |       |
| P.IVA                                                                                                                                                     |    |                      | C.F.: |
| Via                                                                                                                                                       | N. | Cap, Località, Prov. |       |
| <b>Se la fattura è intestata ad un ENTE esente IVA, si prega di indicare l'articolo di esenzione e Codice Univoco da inserire su fattura elettronica:</b> |    |                      |       |
| Indirizzo PEC a cui spedire la fattura                                                                                                                    |    |                      |       |

### TUTELA DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

Di aver preso visione delle informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del GDPR mediante consultazione dell'apposita Informativa consultabile al seguente link: <https://www.sifoweb.it/elenco-informative-privacy-survey/4379-informativa-sulla-privacy-modulistica-generale.html>

#### e PRESTA

il suo consenso al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa.

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

### RISERVATEZZA

Il presente contenuto è strettamente riservato ed è esclusivamente destinato alla società, ente e/o persona indicati come destinatari/o. Chi riceve la presente documentazione, se non è l'effettivo destinatario o un dipendente o la persona responsabile della consegna, è tenuto a non farne alcun uso, copia distribuzione o divulgazione. Quanto inviato e ricevuto per errore da società, ente e/o persona diversi da quelli indicati sopra non deve essere letto né divulgato in qualsiasi modo e, previo avviso, deve esserci restituito, a nostre spese in originale, oppure distrutto. Per qualsiasi comunicazione ovvero in caso di illeggibilità o incompleta ricezione di quanto trasmesso si prega contattare al più presto il numero 02.6071934.