**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

 **Corso ASO 700 ore – sede CATANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato a | Il |
| Residente in Via |  |
| Città | CAP |
| Cellulare | E mail |
| Titolo di Studio |  |
| Professione |  |
| Ente/Datore di lavoro |  |

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 2016/679 per la protezione dei dati personali, con la sottoscrizione del presente modulo autorizzo l’Ordine dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Palermo al trattamento dei dati personali.

***Il sottoscritto consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità nella formazione degli atti e l’uso di atti falsi comportano l’applicazione delle sanzioni penali.***

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**





**RECESSO**

E’ possibile rinunciare all’iscrizione entro 5 giorni di calendario prima della data di inizio del Corso, comunicando la decisione del recesso via fax o e-mail seguito da lettera raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata a: ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PALERMO, VIA PADRE ROSARIO DA PARTANNA 22 - PALERMO. In tal caso verrà restituita la quota d’iscrizione versata.

Qualora il recesso venga comunicato oltre i termini predetti sarà comunque dovuta l’intera quota di iscrizione.

**CONTROVERSIE**

Per ogni controversia sarà competente il Foro di Palermo

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per Accettazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_