



Al servizio degli Enti Pubblici

## Scheda di adesione

(da compilare ed inviare per email all'indirizzo adesioni@formel.it)

### TITOLO DEL CORSO: Il Controllo di Gestione per le Aziende Sanitarie Pubbliche

**REGISTRAZIONE:** del 24 ottobre 2025, **Codice Corso:** 2025C465/A (L'adesione a questo corso è al prezzo di 340.00€\*)

**Abbonato attività formativa** (prezzo stabilito in fase di abbonamento)

\* La quota di adesione è riferita al singolo partecipante. I prezzi si intendono + Iva 22%. La quota è esente IVA ai sensi dell' Art. 10 D.P.R. 633/72, se la fattura è intestata ad Ente Pubblico. Bollo € 2,00 (ex art.1196 c.c.) ed eventuali spese bancarie per bonifico, a VS carico. Il webinar verrà registrato e sarà visualizzabile tre volte per la durata massima di tre mesi successivi all'erogazione (tale termine è valido anche per iscrizioni in modalità differita). Si ricorda che la visualizzazione è riservata esclusivamente al partecipante iscritto e che le credenziali di accesso non possono essere cedute e/o divulgate a soggetti diversi. In caso di violazioni, il sistema bloccherà automaticamente la visione del video.

Eventuale disdetta dovrà essere comunicata via email almeno 5 giorni lavorativi prima dell'inizio del corso.

La mancata comunicazione comporterà l'integrale fatturazione della quota di partecipazione.

**INTESTAZIONE ENTE:**  Ente Pubblico  Società/Altro  Privato

#### CHIEDE DI FAR PARTECIPARE:

**Partecipante Sig.** \_\_\_\_\_

**Ruolo ricoperto e qualifica** \_\_\_\_\_

**Tel./Cell.** \_\_\_\_\_ **Cod. Fiscale** \_\_\_\_\_ **E-mail** \_\_\_\_\_

**Partecipante Sig.** \_\_\_\_\_

**Ruolo ricoperto e qualifica** \_\_\_\_\_

**Tel./Cell.** \_\_\_\_\_ **Cod. Fiscale** \_\_\_\_\_ **E-mail** \_\_\_\_\_

**INTESTARE FATTURA A Ente:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo** \_\_\_\_\_

**C.A.P.** \_\_\_\_\_ **Località** \_\_\_\_\_ **Prov** \_\_\_\_\_

**Partita IVA / Codice Fiscale:** \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

Determina o buono d'ordine n° \_\_\_\_\_ Importo complessivo € \_\_\_\_\_

Impegno di spesa n° \_\_\_\_\_ Importo complessivo € \_\_\_\_\_

**CIG:** \_\_\_\_\_ **Codice univoco:** \_\_\_\_\_

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa disponibile su [www.formel.it](http://www.formel.it) sul trattamento dei dati personali e le informazioni di cui all'art. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 e dell'art. 15 dello stesso, e in merito al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità indicate nella informativa stessa e al trattamento dei dati personali inerenti la registrazione di immagini, audio e video durante la formazione in e-learning per le finalità e con le modalità indicate nella informativa stessa:

SI - (si esprime consenso)  NO - (non si esprime consenso)

Si precisa che in caso di diniego del consenso non potrebbero essere erogati, in tutto o in parte, i servizi o i corsi richiesti.

**Codice Promozionale** \_\_\_\_\_ **Note** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma e Timbro** \_\_\_\_\_