FORMEL
Al servizio degli Enti Pubblici

Scheda di adesione

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

TITOLO DEL CORSO: La Riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (L. 33/2023): governance e strumenti operativi

☐ **WEBINAR:** 4 novembre 2026, **Codice Corso:** 2026C295/D (L'adesione a questo corso è al prezzo di 400,00€ *)
☐ **WEBINAR:** 3 dicembre 2026, **Codice Corso:** 2026C295/E (L'adesione a questo corso è al prezzo di 400,00€ *)
☐ **REGISTRAZIONE:** del 28 maggio 2026, **Codice Corso:** 2026C295/B (L'adesione a questo corso è al prezzo di 340.00€ *)
☐ **Abbonato attività formativa** (prezzo stabilito in fase di abbonamento)
☐ **Ente abbonato al portale Paefficace** (Sconto del 15% sul prezzo di ~~400,00€~~ a 340,00€)

* 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 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** _____