

LA NUTRIZIONE CLINICA: DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Sabato 17 Maggio 2025 Caesar's Hotel, Cagliari

(Compilare in stampatello o dattiloscivere - Condizione fornitura dei servizi nelle note sul retro)

Dati Personali:	Cognome _____ Nome _____
	Indirizzo _____ Cap _____ Città _____
	cell _____ e-mail _____ CF _____
	Professione _____ Disciplina (specificare per crediti ecm) _____
	Sede lavoro/Ospedale _____ città _____
	in qualità di: <input type="checkbox"/> Specializzando <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Libero profess. _____
Dati per fatture elettroniche (indicare i dati solo se differenti dai dati personali): Azienda _____ indirizzo _____ Cap _____ Città _____ P.IVA _____ e CF _____ Posta certificata PEC _____ oppure codice destinatario _____	

a) Adesione al corso (*):	entro il 13/05 fino al raggiungimento dei posti disponibili	oltre il 13/05 previa disponibilità
<input type="checkbox"/> con crediti ECM (**)	20,00 €	40,00 €
<input type="checkbox"/> con crediti ECM (**) per iscritti SINPE Sardegna	gratuita	40,00 €
<input type="checkbox"/> per specializzandi SENZA ECM	gratuita	40,00 €
<input type="checkbox"/> per altre categorie SENZA ECM	20,00 €	40,00 €
b) Adesione al servizio catering	entro il 13/05	Prenotazione in sede corsuale previa disponibilità
<input type="checkbox"/> lunch a buffet con posti a sedere in ristorante hotel	30,00 €	40,00 cadauno
TOT (a+b)	_____,00 €	_____,00 €

La Segreteria Organizzativa comunicherà l'accoglimento della richiesta (iscrizione a numero chiuso).

La/il sottoscritta/o dichiara di **NON** essere stato invitato da Aziende Sponsor oppure La/il sottoscritto dichiara di essere edotto che i crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento sono acquisibili mediante reclutamento diretto entro il limite massimo di 1/3, e segnala che per questo percorso formativo è stato invitato dalla seguente Azienda Sponsor _____. Art. 80 Reclutamento dei discenti. Comma 3 Accordo tra il Governo, le Regioni 02/02/2017...si considera reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario. Prima dell'inizio dell'evento, il professionista sanitario deve dichiarare al provider il proprio reclutamento e il mancato superamento del limite di cui al precedente comma. La violazione di tale obbligo viene segnalata dall'ente accreditante all'Ordine, Collegio, Associazione Nazionale o loro Federazioni cui il professionista risulta iscritto. Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità dichiara che non vi sono impedimenti da parte del proprio ente di appartenenza alla partecipazione dell'evento di cui sopra e che ciò non è in conflitto con i propri doveri d'ufficio ed orari di lavoro. A servizio studio Srl è da me interamente manlevata a detto riguardo. I suoi dati personali fornitici nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico Regolamento Europeo 2016/679 ex D.LGS. del 30-06- 2003, n° 196

DATA ___/___/ 2025

FIRMA _____

(pagina da non spedire via mail)

(*) ADESIONE AL CORSO

La scheda di adesione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire per posta elettronica alla Segreteria Organizzativa: Aservice Studio Srl Via Machiavelli 136, 09131 Cagliari, tel 070/42939 posta@aservicestudio.eu
Orari ufficio (Lun-Gio orario 9-12)

() vedi in brochure le categorie con crediti ecm**

L'ASERVICE STUDIO srl provvederà a registrare l'adesione al corso che include: il Kit congressuale, i Coffee Break se previsti, l'Attestato di partecipazione con crediti ecm (categoria Sanità), l'Attestato di partecipazione senza crediti. Non sono inclusi i servizi catering "colazione di lavoro".

MODALITA' DI PAGAMENTO

E' possibile provvedere al pagamento mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate: **IBAN IT62U0306904856100000001000 BIC: BCITITMM** Banca Intesa San Paolo - Filiale 07249 - Largo Gennari Cagliari intestato Aservice Studio srl (causale: iscrizione NUTRIZ CLINICA 17mag NOME COGNOME se diverso dall'intestatario del conto). Non saranno accettati bonifici gravati di spese bancarie.

RINUNCE

Le rinunce che perverranno ad ASERVICE STUDIO entro il 13/05/2025 daranno luogo al rimborso della quota. Per le rinunce che perverranno dopo tale data non è previsto alcun rimborso. Le pratiche di rimborso saranno evase a chiusura del corso entro 30gg.

INFORMAZIONI Aggiornamenti sul sito dedicato: www.aservicestudio.eu