

**Direzione Generale**  
**U.O. Formazione e Sviluppo Professionale**  
Certificato UNI EN ISO 9001:2008 n. 9122.AB19  
Tel. 030/3838616 Fax 030/3838557 E-mail: [uo.formazione@aslbrescia.it](mailto:uo.formazione@aslbrescia.it)

## **Scheda di iscrizione esterni**

# **Percorso di aggiornamento e confronto per Responsabili Sanitari delle Strutture Socio-Sanitarie della Lombardia**

**Brescia, ottobre 2013 – aprile 2014 (n. 7 incontri)**

**Sala di Rappresentanza dell'ASL di Brescia - Viale Duca degli Abruzzi 15**

### **SCHEDA ISCRIZIONE**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... a ..... Prov. ....

Codice Fiscale .....

Residente a ..... via ..... n. ....

Tel. .... E mail .....

Qualifica .....

Data ..... Firma .....

Alla presente scheda di iscrizione dovrà essere allegata copia della ricevuta di avvenuto pagamento con bonifico bancario a favore di:

**Tesoreria della ASL di Brescia, presso UBI Banco di Brescia Spa  
COD. IBAN IT96K0350011282000000058919**

La quota di iscrizione è pari a:

**€ 150,00 + IVA al 21% = € 181,50 (nel caso di fatturazione a singolo o Ente Privato)**

**€ 150,00 + € 2,00 per costo marca da bollo nel caso di fatturazione a Ente Pubblico  
esente IVA ai sensi del comma 10 art.14 della L.537 del 24.12.1993 "e corrispettivi a  
fronte dei corsi di formazione resi a favore degli Enti pubblici sono comunque  
esenti da IVA , ex art.10 del D.P. 633/72")**

In quest' ultimo caso si prega di allegare una dichiarazione di autorizzazione alla fatturazione dell'Ente di appartenenza (con eventuale elenco dei nominativi autorizzati) e con i dati necessari per la stessa (Ragione Sociale, Indirizzo completo e CF/Partita IVA)

*Ai sensi del D. Leg.vo n. 196/03 i dati forniti saranno utilizzati ai soli fini del Corso e saranno depositati  
Presso l'U.O. Formazione e Sviluppo Professionale.*