



**X CONVEGNO NAZIONALE DEL GRUPPO ITALIANO DI PATOLOGIA FORENSE**

**Scheda di iscrizione**

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

Titolo ..... N. di iscrizione Albo/Ordine/Collegio/Associazione .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

C.F. (obbligatorio ai sensi del D.L. Bersani 248/06) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

P.IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Indirizzo privato**

Via .....

Città ..... CAP ..... Prov. .... Tel. ....

Cell. ....

e-mail .....

**Sede di formazione/lavoro**

Ente .....

Dipartimento ..... Via .....

Città ..... CAP ..... Prov. ....

Tel. .... Fax ..... Professione .....

Specializzazione .....

Libero professionista

Dipendente

Convenzionato

Crediti ECM  si  no

## Quote e modalità di iscrizione

L'iscrizione è obbligatoria e si effettua online sul sito [http://www.dissal.unige.it/eventi/X\\_CONVEGNO\\_NAZIONALE\\_GIPF](http://www.dissal.unige.it/eventi/X_CONVEGNO_NAZIONALE_GIPF)

Unitamente alla scheda di iscrizione compilata è necessario inviare copia dell'avvenuto pagamento effettuato secondo le modalità spiegate sul sito. Non saranno accettate iscrizioni senza il pagamento della quota. Le Iscrizioni si chiuderanno il 15/10/2019.

**L'iscrizione include:** partecipazione ai lavori scientifici, kit congressuale, attestato di partecipazione, welcome cocktail, coffee break e colazione di lavoro, crediti ECM (in corso di accreditamento).

QUOTE DI ISCRIZIONE(*)	ENTRO IL 30/09/2019	DAL 01/10 al 15/10/2019
<i>Soci GIPF in regola con la quota</i>	<b>€ 300,00</b>	<b>€ 350,00</b>
<i>NON Soci GIPF</i>	<b>€ 350,00</b>	<b>€ 450,00</b>
<i>Specializzandi, borsisti**, iscritti alla Consulta dei Giovani Medici Legali</i>	<b>€ 200,00</b>	<b>€ 250,00</b>
<i>Iscrizione giornaliera – Venerdì 25/10/19 (no ECM)</i>	<b>€ 250,00</b>	<b>€ 250,00</b>

(\*) la quota indicata è l'ammontare imponibile (IVA esente ex art 10 pt. 20 del DPR 633/72.)

(\*\*) L'iscrizione deve essere inviata unitamente al certificato di iscrizione universitaria per l'anno in corso o dichiarazione del Direttore d'Istituto della qualifica di medico interno

## MODALITA' DI PAGAMENTO:

tramite **bonifico bancario** intestato a *Università degli Studi di Genova - Dipartimento di Scienze delle Salute (DISSAL)* presso Banca Popolare di Sondrio – Ag. di Genova

**IBAN: IT55G0569601400000015014X72**

Si prega di riportare nella **causale del bonifico**:  
"X Convegno Nazionale GIPF + nome e cognome partecipante".

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali in base art. 13 del D. Lgs. 196/2003. I dati verranno utilizzati solo per finalità strettamente funzionali alla gestione dei rapporti e per la pubblicazione sul sito ministeriale ai fini dell'accREDITAMENTO ECM dell'evento (in conformità con le ultime direttive dell'Age.Na.S.). Per ulteriori informazioni relativamente al trattamento dei dati personali, si consulti il sito: [www.mccstudio.org](http://www.mccstudio.org).

Data ..... Firma (leggibile) .....