



# Convegno

## STRATEGIE OPERATIVE DI SOCCORSO SULLA SCENA DEL CRIMINE

### CONDIZIONI GENERALI

#### COSTO DEL CONVEGNO

€ 40

(NB: In caso di richiesta di fattura fiscale, il costo del convegno è da intendersi maggiorato del + 22%)

#### MODALITA' DI PAGAMENTO

a) Pagamento tramite **Bonifico Bancario**  
(coordinate bancarie:

Banca Unicredit Agenzia Modena Menotti  
Cod. IBAN: IT 72 S 02008 12911 000041086737

b) Pagamento tramite **versamento su c/c Postale** n° 85993715 intestato a: Associazione Scientifica Anti Crimine.

Inviare:

- Copia della distinta di pagamento.  
- Scheda di iscrizione debitamente compilata  
al FAX: **059.49068142** oppure all'email:  
**segreteria@asacitalia.it**

Una volta ricevuta la distinta di pagamento, verrà comunicato al partecipante la conferma dell'iscrizione al convegno.

#### ANNULLAMENTO/RECESSO

Eventuali annullamenti dell'iscrizione dovranno pervenire alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre 5 gg. lavorativi dalla data di inizio del convegno, in forma scritta all'indirizzo email: [segreteria@asacitalia.it](mailto:segreteria@asacitalia.it). In caso di mancata comunicazione, sarà addebitata l'intera quota di partecipazione.

#### ACCREDITAMENTO ECM

Il convegno è stato accreditato presso il Ministero della Salute e rilascia i **crediti ECM per tutte le professioni sanitarie**. (Per consultare l'elenco completo visionare la relativa news sul sito ASAC [www.asacitalia.it](http://www.asacitalia.it))

#### PER INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI:

**Segreteria Organizzativa**

Associazione Scientifica Anti Crimine

Tel. 346.2294226 – Tel. 340.6829198

Fax. 059.49068142

Website: [www.asacitalia.it](http://www.asacitalia.it)

Mail: [segreteria@asacitalia.it](mailto:segreteria@asacitalia.it)

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare in modo leggibile in ogni sua parte

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza/luogo di lavoro: \_\_\_\_\_

Richiesta fattura: SI  NO

*NB: Per esigenze organizzative non verrà rilasciata la fattura fiscale se non richiesta all'atto dell'iscrizione.*

**Campi da compilare per l'intestazione della fattura**

*(se i dati sono diversi da quelli sopra indicati)*

Ragione Sociale/Persona Fisica \_\_\_\_\_

Sede Legale/Indirizzo \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Protezione dei dati personali**

*Ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) con la compilazione del presente Modulo di iscrizione, si autorizza ASAC ad inserire il proprio nominativo nei relativi database. In ogni momento si potrà avere accesso ai propri dati, chiederne la modifica o la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo scrivendo all'indirizzo della segreteria ASAC.*

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA X \_\_\_\_\_

*Firmando si dichiara anche di accettare tutte le "condizioni generali" a lato indicate.*