

## Il bambino ad alta complessità assistenziale: invisibile ma vero



promuovono

Venerdì 25 novembre 2016  
Auditorium ASST Lariana  
SAN FERMO DELLA BATTAGLIA - COMO

Da inviare via fax al n. 031.751525 a Segreteria Organizzativa  
EXPOPOINT - Via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co) - Tel. 031 748814 - Fax 031 751525 - e-mail: [congressi@expo.point.it](mailto:congressi@expo.point.it)

Per l'iscrizione come operatore sanitario della ASST LARIANA è necessario inviare comunicazione di iscrizione con invio e-mail alla Segreteria Scientifica del Corso - [silvia.taje@asst-lariana.it](mailto:silvia.taje@asst-lariana.it)

### ● DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale (obbligatorio) \_\_\_\_\_

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

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Tel. Ente \_\_\_\_\_

DIPENDENTE  CONVENZIONATO  LIBERO PROFESSIONISTA

ISCRITTO ORDINE/  
COLLEGIO/ASS. PROF.LI \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

### NTESAZIONE FATTURA:

Dati personali  Azienda sponsor  ASL/Ente P.A.

Da compilare obbligatoriamente se i dati per la fattura sono diversi da quelli personali; in caso di fatturazione ASL/Ente P.A. è obbligatorio allegare copia dell'autorizzazione rilasciata dalla ASL/Ente P.A. In assenza di autorizzazione scritta l'iscrizione non sarà ritenuta valida e sarà necessario il pagamento individuale della quota di partecipazione includendo la quota di iva.

Azienda/Ente/Ospedale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

specificare se esente IVA  SI  NO \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ● ISCRIZIONE

Medico e psicologo

Professioni sanitarie infermieristiche e riabilitive (infermiere - infermiere pediatrico - logopedista - educatore professionale - terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva) - assistente sanitario - assistente sociale

Specializzandi e studenti

• Euro 40,00 (+ IVA 22% se dovuta)

• Euro 25,00 (+ IVA 22% se dovuta)

• Euro 20,00 (+ IVA 22% se dovuta) **totale Euro \_\_\_\_\_**

### ● MODALITÀ DI PAGAMENTO

Allego copia dell'avvenuto pagamento della quota d'iscrizione ed eventuale prenotazione alberghiera effettuato tramite:

bonifico bancario a favore di Expo Point sas: cod. IBAN IT96 B056 9651 0900 0000 3270 X63 Banca Popolare di Sondrio Agenzia di Carimate (Co) - cin B - abi 05696 - cab 51090 - causale: **Convegno Bambino Complesso 2016**

bollettino c/c postale n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) causale: **Convegno Bambino Complesso 2016**

bonifico postale su n. 78452836 intestato a Expo Point sas - Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense (Co) causale: **Convegno Bambino Complesso 2016**

data \_\_\_ / \_\_\_ /2016

firma \_\_\_\_\_

Si autorizza EXPO POINT a trattare i dati indicati nella presente scheda