

RINNOVO CERTIFICAZIONE ANDROLOGICA

Corso dedicato ai soci SIA che hanno conseguito la prima certificazione negli anni 2018 e 2019

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilarsi in tutte le sue parti e da inviare alla Segreteria Organizzativa: info@siabc.it

Nome e Cognome* _____

Codice Fiscale* _____

Cellulare* _____ E-mail* _____

Specialista in* _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n.445)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

Dichiara

di essere in possesso dei seguenti Requisiti:

- Conseguimento della Certificazione Andrologica SIA negli anni 2018 e 2019
- Partecipazione nel periodo intercorrente tra la data della prima certificazione e la data della domanda di rinnovo ad almeno 3 congressi andrologici delle seguenti tipologie:
- Congressi Nazionali SIA (Congresso Nazionale Annuale, Congresso NAU, altri congressi nazionali monotematici organizzati da SIA)
 - Congressi annuali ESSM
 - Convegni annuali di Sezione Macroregionale (sarà valida ai fini del conteggio la partecipazione al massimo ad 1 convegno di Sezione)

QUOTA DI ISCRIZIONE:

Euro 200,00 (duecento/00) + oneri fiscali

La quota dovrà essere versata dopo il ricevimento della notifica di avvenuta iscrizione da parte della segreteria SIA ed entro e non oltre il 20 marzo 2025 inviando contabile bancaria dell'avvenuto versamento a info@siabc.it

TERMINI DI PAGAMENTO:

- copia avvenuto bonifico bancario presso:

UNICREDIT BANCA DI ROMA - AG. n. 704 di Roma

ABI 02008 - CAB 05203

C/C 000106428184

IBAN: IT89C0200805203000106428184

Intestato alla SIA Benefit Community S.r.l

Causale: Corso PCA FAD 2025 + nome iscritto

Dal 30° giorno incluso, dall'inizio del Corso non sarà possibile effettuare alcun rimborso.

DATI PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA/RICEVUTA:

Nome e Cognome/denominazione sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Codice Fiscale / Partita IVA _____

Codice SDI o PEC _____

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) autorizzo la SIA EVENTI srl alla gestione della registrazione ed al trattamento dei dati personali forniti con la presente scheda.

Data _____ Firma _____