

	MODULO ISCRIZIONE CORSO	Edizione: 2	Del: 24/01/24
		Emesso MV	Approvato EL

TITOLO: PREPARAZIONI MAGISTRALI VETERINARIE E LEGISLAZIONE VETERINARIA

Docenti: Dr. Adalberto Fabbriconi, Dr. Piero Lussignoli, Dr. Pietro Siciliano

DATA	LUOGO
24 e 25 ottobre 2026	Best Western Hotel Globus (Via Ippocrate, 119) e Lentini Pharma (Via Boccea, 1286) - Roma.

PROVIDER	N. EVENTO	N. CREDITI ECM
Unione Tecnica Italiana Farmacisti ID 145	ED. 1 498744	22,4

COGNOME E NOME _____

VIA _____ N. _____ CAP _____

CITTÀ _____ PROV. _____

CELL. _____ TEL. _____ FAX _____

E-MAIL _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

ISCRITTO ALL'ORDINE DI _____ N. _____

PROFESSIONE ☐ FARMACISTA ☐ ALTRO (SPECIFICARE)

DISCIPLINA ☐ FARMACIA TERRITORIALE ☐ FARMACIA OSPEDALIERA

TIPOLOGIA ☐ CONVENZIONATO (TITOLARE) ☐ DIPENDENTE ☐ LIBERO PROF.

☐ PRIVO DI OCCUPAZIONE

SOCIO UTIFAR ☐ SI ☐ NO

	MODULO ISCRIZIONE CORSO	Edizione: 2	Del: 24/01/24
		Emesso MV	Approvato EL

☐ **BARRARE LA CASELLA SE SI DESIDERA CHE LA FATTURA VENGA INTESTATA ALLA FARMACIA/AZIENDA**

RAGIONE SOCIALE _____

VIA _____ N. _____ CAP _____

CITTÀ _____ PROV. _____

E-MAIL _____

TEL. _____ FAX _____ P.IVA _____

CODICE SDI /PEC _____

QUOTA D'ISCRIZIONE

☐ **450,00 SOCI UTIFAR** ☐ **590,00 NON SOCI UTIFAR**

(NUOVO IBAN DAL 20/04/2026)

Bonifico bancario intestato a UTIFAR

IBAN IT24V0538701625000049139476 – Banca BPER

CAUSALE: "Cognome Nome + nome corso ECM"

IL SOTTOSCRITTO _____

IN QUALITÀ DI PARTECIPANTE ALL'EVENTO ECM ID _____ DENOMINATO " _____ "

DICHIARA DI ESSERE STATO RECLUTATO * :

O SÌ, DA (INDICARE NOME IMPRESA COMMERCIALE OPERANTE IN AMBITO SANITARIO) _____

O No.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, INOLTRE, DI NON AVER ASSOLTO A PIÙ DI UN TERZO DEL PROPRIO OBBLIGO FORMATIVO MEDIANTE RECLUTAMENTO.

** ai sensi dell'art. 80 dell'Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.*

Firmando il presente modulo autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti al suo interno, la conservazione, la pubblicazione e la loro trasmissione per le attività riguardanti il corso in oggetto, ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016.

Luogo e data _____

Firma _____

Inviare il presente modulo a utifar@utifar.it oppure al n. fax 02 70600297 unitamente alla copia della ricevuta di pagamento.