AICO Associazione Italiana Infermieri di Camera Operatoria Società Scientifica MEMBRO EORNA	**SCHEDA ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI REGIONALI**	All06Pro01
		Rev.05 – 03/05/2019
	E.C.M. agenas. Commissione Nazionale Formazione Continua Rif. Norma UNI EN ISO 9001:2015	Pagina 1 di 2

EVENTO FORMATIVO N° **REGIONE** Abruzzo Molise Marche Umbria

TITOLO IL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO: RUOLO DELL'INFERMERE SPECIALISTA DEL PERIOPERATORIO

DATA e SEDE: 10 Dicembre 2022, Centro Congressi Kursaal Giulianova

SOCIO AICO anno 2022 ☐ si ☐ no n° Tessera _____

Cognome*_____Nome*_____

Data di nascita*_____Luogo di nascita*_____
Provincia*_____

Indirizzo*_____n°_____

CAP*_____Città*_____Prov.*_____

Tel. _____Fax_____Cell._____

E-mail_____

Codice Fiscale* /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Professione*_____Struttura lavorativa/Ospedale_____

La scheda di iscrizione deve essere inviata completa di tutti i dati, con copia dell'avvenuto pagamento al numero di

Via mail a: marche@aicoitalia.it

Per eventuale richiesta di fattura, inserire i dati nella parte sottostante:

Intestata_____

Codice Fiscale /P.IVA_____

Indirizzo –Via_____**n°**_____

CAP _____**Città**_____**Prov.**_____

Il sottoscritto dichiara di conoscere le modalità di partecipazione all'evento ai fini del conseguimento dell'attestazione di partecipazione e dei crediti Il sottoscritto dichiara di conoscere le modalità di partecipazione all'evento ai fini del conseguimento dell'attestazione di partecipazione e dei crediti formativi assegnati allo stesso dalla Commissione Nazionale ECM. Il sottoscritto dichiara pertanto di essere consapevole che la inosservanza delle regole e delle modalità di partecipazione comporterà l'esclusione incondizionata dal diritto a conseguire le attestazioni di partecipazione su riportate
Dichiaro di essere stato infromato sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n.101 del 10/08/2018 di adeguamento al Regolamento Europeo n° 679/2016, di dare il consenso al loro trattamento nella misura necessaria per lo svolgimento del presente evento.

Data*_____ Firma*_____

* I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori.