

 A.I.C.O.	SCHEDA ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI REGIONALI	All06Pro01
		Rev.05 – 03/05/2019
 E.C.M. Commissione Nazionale Formazione Continua Rif. Norma UNI EN ISO 9001:2015		Pagina 1 di 1

EVENTO FORMATIVO N° : 2304-331623

REGIONE: CAMPANIA

TITOLO: "L'Infermiere di sala operatoria: dall'identità professionale alle competenze avanzate"

DATA e SEDE: 14 Ottobre 2021 - Hotel San Luca - Battipaglia (SA)

SOCIO AICO anno 2021 **si** **no** n° Tessera.....

Cognome* _____ Nome* _____

Data di nascita* _____ Luogo di nascita* _____ Prov.* _____

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 ai seguenti indirizzi email: sergioforlenza@hotmail.com e alla Segreteria Organizzativa New Congress robertacaputo@newcongress.it

N.B. I soci in regola con l'iscrizione AICO anno 2021 gratis; Iscrizione all'evento per i non soci euro 35,00

Con bonifico bancario presso la banca INTESA SANPAOLO Filiale Altamura

IBAN: IT03 D030 6941 3331 0000 0009 221

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

Intestata a _____

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 informata, ai sensi e per gli effetti del D. Leg. n°196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Data* _____

Firma* _____

* I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori.