A.I.C.O.	SCHEDA ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI REGIONALI	All06Pro01
		Rev.04 – 10/09/2013
	E.C.M. agenas Commissione Nazionale Formazione Continua if. Norma UNI EN ISO 9001:2008	Pagina 1 di 1

Regione - TRIVENETO	Evento Formativo RES n°2304 -

Titolo: Essere Infermieri oggi in sala operatoria, Quale responsabilità, Quale comunicazione

Data e sede - ☐ 13 Maggio 2017, Aula Magna Azienda Ospedaliera Padova, via Nicolò Giustiniani,2 - Palazzina dei Servizi

Socio AICO anno 2017 ☐ **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 _____

Tel. Ufficio_____Fax Ufficio_____

La quota di iscrizione con bonifico bancario (IBAN: IT33R0200812015000104361326 Banca Unicredit) da diritto a: Kit congressuale, partecipazione ai lavori scientifici, attestato di partecipazione, attestato ECM.

Inviare via Fax scheda iscrizione evento formativo e copia bonifico al n° 0422-322322

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 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*_____