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

Titolo: MANAGEMENT MULTIPROFESSIONALE IN SALA OPERATORIA

Data e sede: 16 Novembre 2019 – Siena

Socio AICO anno 2019 □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 email: info@executiveplanning.it - fax 0577 982120

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/o, 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.