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

Evento Formativo N° 2304-260409 Ed. 1 **Regione Lazio**

Gestione delle Vie Aeree in Sala Operatoria e Area Critica

24 Aprile 2019 – Abbazia di Fossanova, Priverno (LT)

Socio AICO **anno 2019** **□si** **□no** **n° Tessera/iscrizione …….**
Socio ANIARTI **anno 2019** **□si** **□no** **n° Tessera/iscrizione …….**
Iscritto OPI Latina **anno 2019** **□si** **□no** **n° Tessera/iscrizione…….**

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 viamail a ***iscrizioni.lazio@aicoitalia.it***

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.