AICO Associazione Italiana Infermieri di Camera Operatoria Società Scientifica MEMBRO EORNA	**SCHEDA ISCRIZIONE EVENTI FORMATIVI REGIONALI**	All06Pro01
		Rev.08 – 30/05/2025
	Rif. Norma UNI EN ISO 9001:2015	Pagina 1 di 1

EVENTO FORMATIVO N° **2304 - 480319** **REGIONE** *Lombardia*
TITOLO *Il sistema degli incarichi in sala operatoria: FUNZIONE, COMPETENZE E RESPONSABILITÀ PER LA VALORIZZAZIONE DELL'INFERMIERE*
DATA e SEDE *09/05/2026 – Fondazione Irccs San Gerardo dei Tintori di Monza*

SOCIO AICO anno 2026 ☐ **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_____

Il sottoscritto_____ in qualità di partecipante all'evento ECM ID 2304 - 480319, denominato Il sistema degli incarichi in sala operatoria: FUNZIONE, COMPETENZE E RESPONSABILITÀ PER LA VALORIZZAZIONE DELL'INFERMIERE dichiara di essere stato reclutato**:

o Sì, da (indicare nome impresa commerciale operante in ambito sanitario) _____

o No.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di non aver assolto a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento.

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

Fax _____ ***o via mail***_____

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.
Dichiaro di aver preso visione dell'informativa partecipanti reperibile al link: https://ecm.agenas.it/privacy-policy

Data*_____ Firma*_____

* I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori.
**ai sensi dell'art. 80 dell'Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.