	SCHEDA ISCRIZIONE **16° EVENTO FORMATIVO A.I.C.O. REGIONE SARDEGNA** **contatti: tel. 340 6140861 – e-mail sardegna@aicoitalia.it**	All06Pro01
		Rev.08 – 30/05/2025
	Rif. Norma UNI EN ISO 9001:2015	Pagina 1 di 1

EVENTO FORMATIVO N° 2304 – 495674 ED. 1 **REGIONE SARDEGNA**

SALA OPERATORIA E PERCORSO PERIOPERATORIO DEL FUTURO:
NUOVA IDENTITÀ PROFESSIONALE E INTELLIGENZA ARTIFICIALE
17 OTTOBRE 2026 – SANTA MARGHERITA DI PULA – Hotel Flamingo Resort

SOCIO A.I.C.O. 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 2304-495674, denominato "XVI Evento Formativo A.I.C.O. Regione Sardegna" 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 d'iscrizione deve essere inviata completa di tutti i dati, con copia dell'avvenuto pagamento, all'indirizzo e-mail **sardegna@aicoitalia.it**.
Versamento da effettuare su C/C bancario n. 00189802 Intesa San Paolo, via Peretti 4 – 09047 Selargius
intestato a: A.I.C.O. - Causale: Iscrizione al XVI Evento Formativo A.I.C.O. Regione Sardegna 2026
IBAN: IT58E0306909606100000189802

Partecipante: □ **Inf. socio € 50,00** (es. da IVA) □ **Inf. non socio € 90,00** (es. da IVA) □ **Uditore non ECM € 40,00** (es. da IVA)

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

Intestata a _____ Codice Fiscale/P.IVA _____

Indirizzo PEC _____ Codice Univoco _____

Indirizzo_____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 l'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.