**Evento Formativo N° 2304 405231 Regione Piemonte Liguria valle d’Aosta**

**Titolo: L’arte della sutura e il buon uso degli emostatici**

**Data e sede** – 24/02/2024 sede OPI Torino, via Stellone, 5 10126 Torino

**Socio AICO anno 2024 □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 d’iscrizione deve essere inviata completa di tutti i dati, con copia dell’avvenuto pagamento*

 *IBAN n IT35F0306909606100000189803 causale evento 24 febbraio 24*

 *al numero di* ***Fax \_\_0116335051\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o via email: piemonte@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.