

Gestione delle problematiche anestesologiche in pediatria con sistemi di simulazione

MODULO di ISCRIZIONE

Cognome

Nome

Luogo di nascita

Data di nascita Cod. Fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo CAP

Città Prov.

Telefono Fax

Cellulare e-mail

Azienda di appartenenza

Isritto all'A.A.R.O.I-EM.A.C. ☐ SÌ ☐ NO

SEDE DEL CORSO

"Centro di Simulazione Avanzata per la formazione del medico e la sicurezza del paziente"

Via Piero Gobetti, 52 - 40129 BOLOGNA

SCELTA DELLE DATE DI FREQUENTAZIONE DEL CORSO

Sarà cura della Segreteria dell'AAROI-EMAC confermare l'iscrizione e comunicare la data di svolgimento del Corso compatibilmente con i posti disponibili

☐ Lunedì 12 MARZO	☐ Lunedì 28 MAGGIO	☐ Lunedì 8 OTTOBRE	☐ Lunedì 3 DICEMBRE
☐ Martedì 13 MARZO	☐ Martedì 29 MAGGIO	☐ Martedì 9 OTTOBRE	☐ Martedì 4 DICEMBRE
☐ Lunedì 26 MARZO	☐ Lunedì 11 GIUGNO	☐ Lunedì 22 OTTOBRE	☐ Lunedì 17 DICEMBRE
☐ Martedì 27 MARZO	☐ Martedì 12 GIUGNO	☐ Martedì 23 OTTOBRE	☐ Martedì 18 DICEMBRE
☐ Lunedì 16 APRILE	☐ Lunedì 10 SETTEMBRE	☐ Lunedì 5 NOVEMBRE	
☐ Martedì 17 APRILE	☐ Martedì 11 SETTEMBRE	☐ Martedì 6 NOVEMBRE	
☐ Lunedì 14 MAGGIO	☐ Lunedì 24 SETTEMBRE	☐ Lunedì 19 NOVEMBRE	
☐ Martedì 15 MAGGIO	☐ Martedì 25 SETTEMBRE	☐ Martedì 20 NOVEMBRE	

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati in oggetto saranno trattati da parte di SimuLearn s.r.l. con finalità di esecuzione delle richieste presenti su questo coupon e per fini statistici, di informazione e di presentazione di altre iniziative. SimuLearn s.r.l. garantisce la riservatezza dei dati da Lei forniti in conformità all'art. 3 del D. L. n. 196/2003 "Codice in materia di dati personali" e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione, ai sensi dell'art. 7, terzo comma a SIMULEARN s.r.l. Via Piero Gobetti, 52 - 40129 BOLOGNA.

Data

Firma