EFR: "ECMO nel supporto circolatorio dell'adulto"
1° Edizione: 15 novembre 2019 dalle 08.15 alle 18.00
Sede: Aula Thun P.O Microcitemico

E' OBBLIGATORIO COMPILARE LA SCHEDA IN TUTTE LE SUE PARTI IN MODO LEGGIBILE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____il _____ C.F._____

Residente in _____CAP_____

Via_____ n. _____

Recapiti Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Professione _____ Specializzazione_____

ASL / Ente di appartenenza _____

CHIEDE

di partecipare all'Evento Formativo ECM dal titolo: ***"ECMO nel supporto circolatorio dell'adulto"***, che si terrà a: *Cagliari* – Aula Thun P.O Microcitemico . ***L'Evento Formativo consente di acquisire 9 crediti formativi - Sistema ECM Regionale.***

Il pagamento della quota di iscrizione pari a € 30,00 (trenta euro) più IVA da versare interamente all'atto dell'iscrizione entro non oltre l'**11 novembre 2019**. Il pagamento può essere effettuato tramite sportello Ticket dell'Azienda "G. Brotzu", oppure tramite bonifico bancario: Banco di Sardegna Agenzia 11, Sportello Azienda "G. Brotzu" Codice **IBAN IT46C0101504800000070188763 –** specificando la causale del versamento: quota di iscrizione al corso ECM: "**ECMO nel supporto circolatorio dell'adulto"** La scheda di iscrizione debitamente compilata in tutte le sue parti e la copia del versamento della quota di iscrizione dovrà pervenire presso il Dipartimento Cardiovascolare - Azienda Ospedaliera Brotzu, oppure inviare via mail al seguente indirizzo: **sandraloi@aob.it.**

N.B. Prima di effettuare il versamento contattare il Dipartimento Cardiovascolare (Sig.ra Sandra Loi) dell'Azienda Ospedaliera Brotzu, tel. 070.539520, per verificare la disponibilità dei posti.

Tutela dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, il partecipante dichiara di essere stato informato che i suoi dati personali, acquisiti tramite il modulo d'iscrizione o all'atto della partecipazione dell'attività formativa, saranno trattati esclusivamente per comunicare al sistema SARECM e AGENAS le informazioni necessarie per l'accreditamento.

Data **Firma richiedente**

_____ _____

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Sig.ra Sandra Loi
Tel: 070,539520
FAX:
MAIL:sandraloi@aob.it

SSD Formazione
Direttore: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

AO Brotzu
Sede SSD Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari