



DATI OBBLIGATORI RICHIESTI DAL
MINISTERO DELLA SALUTE PER IL
CONSEGUIMENTO DEI CREDITI
FORMATIVI ASSEGNATI ALL'EVENTO

Scheda Dati Discente

ECM

AIRM

Segreteria Amministrativa



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



Provider: Associazione Italiana di Radioprotezione Medica – Evento _____

Sede: Bressanone (Bolzano) – Forum Brixen - Via Roma, 9

Data: 31 agosto - 4 settembre 2015

(scrivere in stampatello in modo chiaro)

Cognome <i>(completo ai fini del codice fiscale)</i>	
Nome <i>(completo ai fini del codice fiscale)</i>	
Luogo di nascita	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Numero cellulare	
E-mail	

Numero iscrizione Ordine/Collegio/ASS. prof.li	
Ruolo	DISCENTE
Indirizzo privato (abitazione)	Via _____ N° _____ CAP _____ CITTÀ _____
Professione	<input type="checkbox"/> MEDICO CHIRURGO <input type="checkbox"/> BIOLOGO <input type="checkbox"/> FISICO <input type="checkbox"/> ASS. SANITARIO <input type="checkbox"/> INFERMIERE <input type="checkbox"/> TSRM <input type="checkbox"/> TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO <input type="checkbox"/> altro _____
Disciplina <i>(per il medico chirurgo)</i>	<input type="checkbox"/> _____
Svolge l'attività in qualità di:	<input type="checkbox"/> Libero Professionista <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Convenzionato

Ai sensi dell'art. 46 del D.p.r. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, dichiaro e attesto la veridicità delle informazioni sopraindicate.
Dichiaro inoltre di avere preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di partecipazione e le rinunce come indicate nel programma del Corso.
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali (facoltativo)". Si informa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali di cui alla presente scheda saranno trattati per finalità proprie dell'Associazione culturale e professionale senza fini di lucro. Sede: via Isidoro del Lungo, 7 (00137) Roma. Codice Fiscale: 80457430587

Data ____/____/____

Firma _____



MODALITA' DI ISCRIZIONE AL CORSO

Per effettuare l'iscrizione è necessario compilare la scheda in ogni sua parte ed inviarla per mail alla segreteria AIRM (segreteriairm@gmail.com), preferibilmente **entro il 31.07.2015 per usufruire della tariffa agevolata.**

Le richieste di iscrizioni verranno accettate in ordine di arrivo. L'iscrizione sarà perfezionata solo dopo l'avvenuto pagamento della relativa quota; e sarà tempestivamente comunicata via mail dalla Segreteria AIRM agli iscritti.

Accreditamento ECM

Il Convegno è accreditato dal Provider nazionale (prov.) 1926 AIRM **per i primi 150 iscritti**, appartenenti alle seguenti figure: Medici Chirurghi (tutte le discipline), Fisici, Biologi, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Tecnici della Prevenzione, Infermieri. Le richieste saranno quindi registrate in ordine cronologico di arrivo e fino all'esaurimento dei posti disponibili.

Quote di partecipazione

Da versare tramite bonifico bancario intestato AIRM:

IBAN: IT24M0530874950000000010128

ENTRO IL 31.7.2015

Soci	€ 300,00
Non Soci	€ 350,00
Specializzandi	€ 100,00
Quota giornaliera	€ 100,00

Dopo il 31.7.2015

Soci	€ 350,00
Non Soci	€ 400,00
Specializzandi	€ 125,00
Quota giornaliera	€ 100,00

Il versamento della quota di iscrizione **per l'intero Corso** dà diritto, oltre alla partecipazione alle sessioni scientifiche, ai crediti ECM assegnati alla manifestazione, al Kit del Corso contenente il materiale didattico su supporto elettronico ed al volume "Il deposito italiano delle scorie radioattive" di Piero Risoluti.

In caso di rinuncia dopo il 15 agosto non è previsto alcun rimborso della quota versata (vedere maggiori dettagli nel Programma del Corso)

Gli organizzatori si riservano la facoltà di modificare il programma dandone tempestiva comunicazione agli iscritti.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

Tel. 3283299877 - Fax 06 9409317

Mail : segreteriairm@gmail.com

DATI PER LA EMISSIONE DELLA RICEVUTA (CON BOLLO DI € 2,00 A CARICO DEL RICHIEDENTE)

Intestazione / Ragione Sociale

Indirizzo

Comune

C.A.P.

Prov

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Codice fiscale /partita IVA