



A.I.Stom.
(Associazione Italiana Stomizzati)

ALLEGATO 1
P.7.5 – Gestione Eventi
Rev. 4 del 03/12/2015

QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER L'ALLIEVO

Richiesta di iscrizione
“Scuola Nazionale Di Stomaterapia A.I.STOM.”
MILANO 2018 - 2019

Nome:	Cognome		
C.F.	e-mail	Tel.	
Via	Città	C.a.p.	Prov.
Az. Osp. e Reparto di appartenenza:			
Qualifica			
Altro			

Hai già frequentato corsi di formazione su tematiche inerenti il corso in oggetto?

SI NO

Se si, quale?

Hai già avuto la possibilità di seguire pazienti affetti da patologia inerente il corso in oggetto?

SI NO

Se si, presso quale struttura?

Quali sono le motivazioni che ti spingono ad iscriverti alla Scuola

Quante possibilità pensi di avere per esercitare la professione

- buone
 discrete
 sufficienti
 insufficienti

Sarebbe interessato ad aprire un “Centro Aistom” o a supportare un’Associazione nel tuo Territorio?

SI NO

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa, entro il 30/09/2018, la presente richiesta di iscrizione. Dopo tale data non sarà possibile iscriversi. Una volta confermata l'ammissione dalla segreteria organizzativa mediante contatto telefonico o mail, sarà necessario inviare il modulo di iscrizione e, contestualmente, il giustificativo di pagamento effettuato della prima rata (pari a 0,00€). ~~Il saldo della quota d'iscrizione dovrà essere versato entro il~~ La rinuncia o la notifica della cancellazione deve essere fatta per iscritto a aistom@aistom.org. La cancellazione sarà accettata entro e non oltre il 25/10/2018, ~~in tal caso è prevista la restituzione della quota con una penale di €~~ Nessun rimborso potrà essere fatto per cancellazioni ricevute dopo il Anche le iscrizioni effettuate da Aziende con reclutamento dei partecipanti chiuderanno il Eventuali sostituzioni devono essere comunicate per iscritto alla Segreteria Organizzativa entro e non oltre il

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Barrare la casella della quota di riferimento (mettere casella al fianco delle quote)

- GRATUITA Infermieri iscritti all' **Aistom**
 GRATUITA Infermieri non iscritti all' **Aistom**

Sottoscrivo ed accetto tutte le modalità di prenotazione/cancellazione.

Si autorizza **Aistom** al trattamento di dati personali ai sensi e nei limiti del D.Lg.vo n.196/2003 e successive modifiche. Ove selezionata/o, autorizzo sin d'ora **Aistom** all'eventuale pubblicazione e divulgazione della mia tesi.

Data.....

Firma