



A.I.Stom.
(Associazione Italiana Stomizzati)

ALLEGATO 1
P.7.5 – Gestione Eventi
Rev. 2 del 04/05/11

QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER L'ALLIEVO
Richiesta di iscrizione

“Scuola Nazionale di Stomaterapia AISTOM”
Bari - 2021

Nome:

Cognome

C.F.

Tel.

E mail

Via

Città

Prov.

Az. Osp. e Reparto presso il quale lavori:
Servizio / Ambulatorio
altro:

Hai già frequentato corsi di formazione in Stomaterapia ed Incontinenza?

SI NO

Hai già avuto la possibilità di seguire pazienti stomizzati?

SI NO

E' stata tua l'iniziativa di richiedere la partecipazione a questo corso, oppure ne hanno fatto richiesta il tuo
Primario/Direttore Sanitario o Azienda Ospedaliera?

Se l'idea è stata tua, quali sono state le motivazioni che ti hanno spinto a farlo?

Quante possibilità pensi di avere per esercitare la Stomaterapia?

buone discrete sufficienti insufficienti

Saresti interessato ad aprire un “Centro Aistom” o a supportare un'Associazione di pazienti Aistom nel tuo
Territorio?

SI NO

Data.....

Firma