



**A.I.Stom. OdV**  
Associazione Italiana Stomizzati

## **QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER L'ALLIEVO**

### **Richiesta di iscrizione**

### **“Scuola Nazionale Di Stomaterapia A.I.STOM.” BARI 2024/2025**

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 20/08/2024, la presente richiesta di iscrizione unitamente a copia del documento di identità e CV aggiornato. Dopo tale data non sarà possibile iscriversi. Una volta confermata l’ammissione dalla segreteria organizzativa mediante contatto telefonico e/o mail, sarà necessario inviare il giustificativo di pagamento effettuato della quota d’iscrizione entro il 10/09/2024. La rinuncia o la notifica della cancellazione deve essere fatta per iscritto a [aistom@aistom.org](mailto:aistom@aistom.org). La cancellazione sarà accettata entro e non oltre il 20/09/2024, in tal caso è prevista la restituzione della quota con una penale di € 100,00. Nessun rimborso potrà essere fatto per cancellazioni ricevute dopo il 20/09/2024.

### **QUOTA DI PARTECIPAZIONE**

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

400,00€ **250,00€** Infermieri soci Aistom (data di iscrizione all’associazione antecedente al 31/01/2024)

500,00€ **250,00€** Infermieri non Soci Aistom

Reclutato

**Sottoscrivo ed accetto tutte le modalità di prenotazione/cancellazione, la presa visione della documentazione da produrre per l’accesso ai centri di tirocinio e le modalità di verifica dell’apprendimento**

Si autorizza **Aistom** al trattamento di dati personali ai sensi e nei limiti del D. Lgs. 101/2018.

Ove selezionata/o, autorizzo sin d’ora **Aistom** all’eventuale pubblicazione e divulgazione della mia tesi.

Data.....

Firma