## DOMANDA DI ISCRIZIONE

Da compilare in ogni sua parte e da inviare per mail ad entrambi gli indirizzi:

*sichirurgiatoracica@gmail.com*

*segreteria@acoi.it*

Alla domanda di iscrizione dovrà essere allegato un Curriculum Vitae in formato europeo, e ogni altro documento che il candidato ritenga utile alla sua valutazione per la formazione della graduatoria di ammissione.

## DATI ANAGRAFICI

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME |       |
| CODICE FISCALE |       |
| OSPEDALE DI PROVENIENZA |       |
| SPECIALIZZANDO (SI / NO) |       |
| EMAIL |       |
| N. DI CELLULARE |       |

Nel caso la sua richiesta venga accolta, la Segreteria Organizzativa provvederà a comunicarle l’accettazione e le informazioni relative alla iscrizione online alla piattaforma che in seguito erogherà i webinar e sulla quale verranno effettuati i test ECM

## COPERTURA ASSICURATIVA

Per la frequenza dei centri di tirocinio che prevedono attività in Camera Operatoria il discente, se non provvisto di personale polizza contro infortuni e Responsabilità Civile Professionale, dovrà dotarsi di adeguata copertura assicurativa per il periodo. La Segreteria Organizzativa in collaborazione con ACOI e Doria&Bellisario, offre ai partecipanti una vantaggiosa polizza in convenzione che garantisce le attività svolte nell’ambito della scuola; per ulteriori informazioni, rivolgersi direttamente a: *info@comsurgery.it -* tel. 06 87679909

## DIRITTO ALLA RISERVATEZZA

Con la sottoscrizione del presente modulo il candidato dichiara di essere consapevole che i suoi dati saranno raccolti, trattati e trasmessi unicamente per l’espletamento delle procedure richieste dalla Normativa ECM vigente.

Data e Firma