

Corso di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery Anno 2025

Mod. DAM rev.2.0 del 9/10/2022

DOMANDA di AMMISSIONE

lo s	ottoscritto/a Nome	Cognome	CF		
Indii	rizzo e-mail	Cellulare			
	chiedo di essere ammesso a frequentare il Corso in epigrafe nell'ambito della Scuola Nazionale Ospedaliera di Chirurgia della ACOI.				
	niaro di aver letto, o contenute. In pa	-	to integralme	ente il Programma del Corso e le norme i	
•		_	•	ssionale: Chirurgia Generale Anestesia e Rianimazione Direzione Sanitaria	
•	mi rendo disponibile ad esibire tutte le certificazioni professionali che alcuni dei Centri presso quali effettuerò i tirocini pratici potrebbero richiedermi, e sono consapevole che in difetto noi potrò frequentare tali Centri				
•	in ogni caso garantisco in proprio di manlevare ACOI e le strutture cliniche presso le qual effettuerò i tirocini pratici da ogni responsabilità ed onere derivanti dallo svolgimento delle attività formative a me dedicate				
•	prendo atto che, in caso di accettazione di questa mia domanda, l'iscrizione al Corso sarà				
_	•		-	• • •	
•					
•	prendo atto che, in caso la quota di partecipazione sia pagata da un soggetto terzo, dovrò produrre alla Segreteria Organizzativa idonea documentazione per consentire la transazione e				
•	prendo atto che I	Anestesia e Rianimazione Direzione Sanitaria lisponibile ad esibire tutte le certificazioni professionali che alcuni dei Centri presso i uerò i tirocini pratici potrebbero richiedermi, e sono consapevole che in difetto non ientare tali Centri so garantisco in proprio di manlevare ACOI e le strutture cliniche presso le quali tirocini pratici da ogni responsabilità ed onere derivanti dallo svolgimento delle attività a me dedicate lo che, in caso di accettazione di questa mia domanda, l'iscrizione al Corso sarà lata solo con il pagamento della quota di partecipazione, pari ad € 1.200,00 lo che la quota di partecipazione non copre spese di viaggio, di soggiorno o le, ma garantisce esclusivamente la frequenza al programma didattico del Corso o che, in caso la quota di partecipazione sia pagata da un soggetto terzo, dovrò			
•	prendo atto che i	miei dati saranno rad	ccolti, trattati e	• • •	
	Data			Firma	

Riempire i campi, stampare e firmare il modulo, scannerizzarlo e inviarlo a info@comsurgery.it

