



**OSRU - Settore Formazione Continua e dell’Emergenza**  
Con il patrocinio



**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Sig.ra Silvia PROCACCI**  
Tel. 011 – 6933.349 Fax 011 – 6933.355  
e-mail: [silvia.procacci@cto.to.it](mailto:silvia.procacci@cto.to.it)

**CORSO DI FORMAZIONE: Gestione degli Accessi Venosi Centrali e periferici**  
**MODULO DI PRE-ISCRIZIONE**  
**(compilare in stampatello)**

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Indirizzo Residenza	
CAP-Comune-Provincia	
Codice Fiscale	
Telefono/FAX	
Cellulare	
Email	
Qualifica	
Disciplina	
Ente di appartenenza	
Indirizzo	
Telefono	

*chiede di essere iscritto al Corso di Formazione:Gestione degli Accessi Venosi Centrali e periferici*  
che si svolgerà presso l’Unita Spinale Unipolare [fronte AO CTO] sala Polifunzionale, Via Zuretti, 29 (TO).  
Inserire una crocetta a fianco dell’edizione scelta

<b>1° edizione:</b> <b>27 e 28 marzo 2012</b>	<b>2° edizione:</b> <b>22 e 23 maggio 2012</b>	<b>3° edizione:</b> <b>16 e 17 ottobre 2012</b>
<b>4° edizione:</b> <b>20 e 21 novembre 2012</b>	<b>5° edizione:</b> <b>4 e 5 dicembre 2012</b>	

- ✓ **Verificare** la conferma della pre-iscrizione telefonando alla Segreteria Organizzativa – OSRU –
- ✓ Settore Formazione Sig.ra Silvia Procacci al n. **0116933.349 dalle ore 11 alle ore 13**
- ✓ Entro 7 giorni dalla conferma della pre-iscrizione inviare tramite fax la copia del bonifico bancario  
**L’eventuale rinuncia deve essere comunicata per iscritto al Settore Formazione almeno 10 giorni prima dell’inizio del corso. In caso di mancata comunicazione verrà trattenuta la somma versata.**

**CONDIZIONE DI PAGAMENTO**

Versamento di 180 Euro+ IVA (IVA esclusa per gli enti pubblici) mediante bonifico bancario effettuato a favore di

**AZIENDA OSPEDALIERA CTO/MARIA ADELAIDE**  
**IBAN IT74 T030 6909 2191 0000 0046 208**  
*Indicando come causale CORSO DI FORMAZIONE*  
**GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI CENTRALI E PERIFERICI ED. N. \_\_\_\_\_**

Si prega di procedere al pagamento della quota **10 giorni prima dell’inizio del corso**  
Se si richiede l’emissione della fattura specificare:

Ragione sociale: .....

Cognome, nome, indirizzo, partita I.V.A., codice fiscale:.....

.....

.....

Ai sensi dell’art. 10, L. 31/12/1996 n. 675/96 sulla tutela dei dati personali, modificato con D.L. 30/06/2003 n. 196, sono consapevole e autorizzo il trattamento dei dati in vostro possesso per finalità inerenti la mia partecipazione al corso in oggetto e per inviarmi comunicazioni inerenti ad eventi futuri.

Data

Firma