



Evento ECM

**I PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA VALUTAZIONE
DELLA CUTE INTEGRA E DELLA CUTE LESA**

ID 662 - 8436

Accreditato Regione Sicilia - Dipartimento Formazione - CIR n. AAY073 OR+FOR (B, D)
Provider ECM Regione Sicilia – Assessorato Salute DASOE - ID 662
Accreditamento Albo Enti co-gestori del Terzo settore (Delib. ASP PA 536 del 14.04.2022)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ : _____ (_____)

Residente in via _____ n.: _____ CAP _____ Città _____ (_____)

Cell _____ E-mail _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di

- Infermiere iscritto/a all'OPI di al numero
- OSS, OSSS, OSA, ASA, ADEST, OTA, (altro).....
- Studente in ambito sanitario:

Posizione lavorativa: Libero Professionista; Dipendente; Convenzionato; Privo di occupazione

Chiede

di partecipare al corso di aggiornamento ECM

I principi fondamentali della valutazione della cute integra e della cute lesa
che si svolgerà presso Ospedale Fondazione Giglio di Cefalù (aula San. Gabriele – piano terra)
il 14 ottobre 2022 dalle ore 08:00 alle ore 14:00

Quote di partecipazione:

- Infermieri: 30,00;
- OSS, OSSS, OSA, ASA, ADEST, OTA, Studenti in ambito sanitario: €. 20,00.

Informazioni generali:

- Le iscrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei posti disponibili, vedi locandina di riferimento. Si consiglia di telefonare (**320 679 5882**) o inviare e-mail (ecmagriconsulting@gmail.com) per avere conferma della avvenuta iscrizione.
- Le iscrizioni dovranno essere confermate mediante consegna, presso la segreteria, o invio della presente scheda unitamente alla fotocopia della ricevuta del bonifico per mezzo email all'indirizzo ecmagriconsulting@gmail.com, almeno 7 giorni prima dell'evento.
- La quota di partecipazione è pagabile (POS, carta credito, contante) anche presso la nostra segreteria (via Papa Giovanni XXIII n. 26/2 – Bagheria-PA orario 9:00-12:30 15:30-19:30 da lunedì al venerdì) o tramite bonifico bancario - Codice IBAN IT58 D030 6943 0711 00000002423 – IntesaSanpaolo Ag. di Bagheria, intestato a: **Agriconsulting di Giovanni Di Cristina & C S.N.C.**
- L'organizzazione si riserva la facoltà di annullare l'iniziativa e/o di modificare il programma, dandone comunicazione a tutti gli iscritti.
- Per avere diritto ai crediti formativi ECM (solo per gli Infermieri) è obbligatorio: frequentare il 100% delle ore di formazione, compilare il questionario di valutazione evento, sostenere e superare la prova di apprendimento. Al termine dell'attività formativa verrà rilasciato (a tutti), previo superamento del test finale di apprendimento, l'attestato di partecipazione, mentre il certificato riportante i crediti ECM sarà consegnato dal Provider direttamente al partecipante, dopo le dovute verifiche del responsabile scientifico dell'evento.
- La quota di partecipazione comprende: materiale didattico e attestato di partecipazione.
- **Rinunce.** In caso di eventuali rinunce, non pervenute per iscritto almeno sette giorni prima dell'inizio del corso, sarà trattenuta la quota di partecipazione versata e sarà inviata, su richiesta, la documentazione didattica.
- **Prevenzione Covid 19: per l'accesso ai locali formativi, si richiede green pass valido, temperatura entro i 37,5 °C, mascherina FFP2.**

Il sottoscritto **dichiara** di avere preso visione e di accettare le suddette informazioni generali.

Data _____ Firma Leggibile _____

Informativa Legge sulla privacy. Si informa, ai sensi del D.L. 196 del 20 giugno 2003, che i dati personali di cui alla presente scheda, ovvero i dati acquisiti nel corso delle nostre manifestazioni (convegni, seminari, corsi) saranno trattati esclusivamente per finalità riguardanti l'esecuzione di obblighi relativi alla partecipazione, per l'invio di materiale informativo, ovvero per gli adempimenti di legge e/o disposizioni di organi pubblici e che gli stessi dati saranno trattati con le stesse finalità, soltanto dalle società/enti/organizzazioni che hanno collaborato all'elaborazione o patrocinato la manifestazione. Responsabile del trattamento è Giovanni Di Cristina.

Il sottoscritto dichiara di avere letto la suddetta informativa e di acconsentire al trattamento dei propri dati nel rispetto della normativa sopra richiamata

Data _____ Firma Leggibile _____