

DOMANDA DI ISCRIZIONE**DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI**

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____

Indirizzo abitazione _____

Città _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____

Cell. _____

e-mail _____

Anno di Laurea _____ Specializzato in Cardiologia SI NO

Altre specializzazioni _____ Anno di specializzazione _____

Codice Fiscale _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE**Ruolo:** Cardiologo Medico Internista Laureato non medico
 Infermiere Tecnico Ingegnere Altro**Struttura:** Ospedaliera Universitaria Privata convenzionata
 Privata non convenzionata Poliambulatorio
 Altro (specificare) _____

Nome del Primario o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

Presidio in cui svolge attività lavorativa principale:

Denominazione _____

Divisione _____

Indirizzo _____

Città _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____

Qualifica: Direttore Struttura Complessa Dirigente Struttura Semplice Dirigente Medico
 Prof. Ordinario Prof. Associato
 Ricercatore – Borsista – Medico in formazione
 Medico di Medicina Generale Infermiere Tecnico
 Altro _____**In quiescenza:** Non di ruolo:

ESEGUE IN PRIMA PERSONA O PARTECIPA ALL'ESECUZIONE DI:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Impianto pacemaker provvisorio | <input type="checkbox"/> Impianto pacemaker definitivo |
| <input type="checkbox"/> Impianto defibrillatore | <input type="checkbox"/> Sostituzione defibrillatore |
| <input type="checkbox"/> Sostituzione pacemaker | <input type="checkbox"/> Studio elettrofisiologico per bradiaritmie |
| <input type="checkbox"/> Studio elettrofisiologico per tachiaritmie | <input type="checkbox"/> Cardioversione elettrica trans toracica |
| <input type="checkbox"/> Cardioversione elettrica endocavitaria | <input type="checkbox"/> Ablazione transcateretere di T.P.S.V. |
| <input type="checkbox"/> Ablazione transcateretere di F.A. | <input type="checkbox"/> Ablazione transcateretere di aritmie ventricolari |
| <input type="checkbox"/> Ablazione chirurgica di aritmie | <input type="checkbox"/> Estrazione transvenosa elettrocateretri |
| <input type="checkbox"/> Studio elettrofisiologico transesofageo | <input type="checkbox"/> Tilt test |
| <input type="checkbox"/> Controllo pacemaker | <input type="checkbox"/> Controllo defibrillatore impiantabile |

Dichiara di essere iscritto alle seguenti associazioni medicheANCE ANMCO SIC Altre Società _____

Allega un breve curriculum vitae della propria attività clinica e scientifica svolta nel campo dell'Elettrostimolazione Cardiaca.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi degli artt. 23 e 24 del D.Lgs. n. 196 del 2003 nonché degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE n. 679 del 2016

Letta l'informativa pubblicata sul sito dell'Associazione (www.aiac.it), l'Interessato:

presta il consenso

nega il consenso

alla pubblicazione dei propri dati personali, con le modalità rappresentate nell'Informativa. In difetto di consenso, l'Associazione non potrà dare corso alle operazioni che lo richiedono, con le conseguenze che sono note;

presta il consenso

nega il consenso

all'eventuale invio, da parte di enti e associazioni scientifiche nazionali e internazionali, aventi ambiti e finalità analoghe a quelle di AIAC, di newsletter, riviste scientifiche, altri prodotti editoriali ed informazioni inerenti iniziative ed attività ritenute di suo interesse.

Per presa visione ed accettazione

L'Interessato

Firma

Data

NOME _____

COGNOME _____

(in stampatello)

Il Presidente Regionale AIAC _____
della Regione _____ dichiara che il richiedente in base allo statuto e
ai regolamenti dell'Associazione può essere iscritto all'Albo dei Soci AIAC.

Data _____ Firma del Presidente Regionale _____

RISERVATO ALL'AIAC

Domanda accolta in data _____

con qualifica di Socio ordinario Socio aggregato Socio onorario

Username _____ Password _____

Il Segretario Nazionale _____