

ESAME DI ACCREDITAMENTO ITALIANO**ELETTROFISIOLOGIA CARDIACA****ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA****DOMANDA DI ISCRIZIONE****Da inviare via fax al numero 06 42020037 o via e-mail a segreteria@aiac.it****DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI**

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita ____/____/19__

Indirizzo abitazione _____

Città _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____

Cell. _____ e-mail _____

Anno di Laurea _____ Specializzato in Cardiologia SI NO

Anno di specializzazione _____

Codice Fiscale _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE**Struttura:** Ospedaliera Universitaria Privata accreditata
 Privata non convenzionata Poliambulatorio territoriale
 Altro (specificare) _____

Nome del Direttore o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – L. 675/1996 (LEGGE SULLA PRIVACY)

Io sottoscritto _____ dò il consenso a che i miei dati personali possano essere inseriti nell'elenco degli iscritti all'AIAC. Tali dati potranno essere pubblicati su supporto cartaceo ed in forma telematica e comunicati a terzi che operano nel settore inerente all'aritmologia e cardioritmologia.

Data _____ Firma _____

Presidio in cui svolge attività lavorativa principale:

Denominazione _____

Divisione di _____

Indirizzo _____

Città _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail del reparto _____

Desidera partecipare all'esame di

ELETTROFISIOLOGIA CARDIACA

oppure

ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA

Data _____ Firma _____