

COMPETENCE IN ARITMOLOGIA E CARDIOSTIMOLAZIONE**4° ESAME DI ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE PER INFERMIERI E
TECNICI DI CARDIOLOGIA PER LA CERTIFICAZIONE DELLA COMPETENZA
IN ARITMOLOGIA E CARDIOSTIMOLAZIONE****DOMANDA DI ISCRIZIONE****DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI**

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

Indirizzo abitazione _____

Città _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____

Cell. _____ e-mail _____

Anno di Diploma/Laurea _____ Lavora in Cardiologia SI NOEsperienza di Lavoro in Aritmologia SI NO, se si dal (data) _____

Codice Fiscale _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE**Ruolo:** Caposala/Coordinatore Inf. Infermiere Tecnico di cardiologia**Struttura:** Ospedaliera Universitaria Privata accreditata Privata non convenzionata Poliambulatorio territoriale Altro (specificare) _____

Nome del Direttore o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

Nome del Caposala e/o Coordinatore Infermieristico _____

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 cardiostimolazione.

Data _____ Firma _____

Presidio in cui svolge attività lavorativa principale:

Denominazione _____

Divisione di _____

Indirizzo _____

Città _____ Provincia _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail del reparto _____

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 transtoracica |
| <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 |
| <input type="checkbox"/> Controllo remoto di PM e AICD | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Dichiara di essere iscritto alle seguenti associazioni medico/infermieristiche:

- Allega un breve curriculum vitae della propria attività clinica e scientifica svolta nel campo dell'Aritmologia.
- Il sottoscritto chiede di essere ammesso all'esame di Competence suddetto e dichiara che provvederà al saldo dell'iscrizione all'accettazione della domanda.

Data _____ Firma _____