

**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](mailto: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 \_\_\_\_\_