

Scheda di pre-iscrizione al Progetto Formativo Aziendale ECM "PBLSD"

(da compilare in modo chiaro e leggibile)

Il Corso è dedicato a n. **25** operatori aziendali: **6 Medici, 9 Infermieri, 5 Infermieri Pediatrici e 5 Ostetriche**. Qualora il numero stabilito per ogni singola professione non fosse raggiunto, subentreranno le professioni restanti, fino a copertura dei posti, nel rispetto dell'ordine cronologico delle iscrizioni. Le iscrizioni sono prioritarie per coloro che lavorano presso le UU.OO. che afferiscono al dipartimento materno infantile e per coloro che non hanno mai frequentato corsi PBLSD e, successivamente, per chi ha frequentato corsi PBLSD negli anni meno recenti.

Le preiscrizioni dovranno essere effettuate, tramite scheda in allegato, debitamente compilata e firmata di pugno, da inviare preferibilmente con la propria e-mail istituzionale (nomeutente@aspcs.it) all' indirizzo e-mail della Segreteria Organizzativa: formazionecs@aspcs.it (ogni invio potrà contenere una sola scheda di preiscrizione) entro e non oltre le ore **12,00** del **01/07/2024**.

NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE MODALITA' DIVERSE DI ISCRIZIONE.

Le prime **25** preiscrizioni, nel rispetto dei limiti e regole indicate, verranno incluse nell'elenco degli ammessi. Ulteriori iscrizioni potranno essere utilizzate per eventuali sostituzioni di assenze, delle quali si darà comunicazione entro il **05/07/2024**, fino ad esaurimento disponibilità. Per aver diritto ai crediti ECM bisogna garantire minimo il 90% della presenza e superare il test di valutazione finale con almeno il 75% di risposte corrette.

Per informazioni: Tel. 0984.8933394 - e-mail: formazionecs@aspcs.it

Cognome e Nome _____

Data e luogo di nascita _____ Codice Fiscale _____

Residente in (Via, Piazza) _____ Città _____

CAP _____ Prov. _____ Telefono/Cellulare _____ Ufficio _____

E-mail (preferibilmente aziendale, es. @aspcs.it) _____

Spoke/Distretto _____ U.O. _____

Ordine _____ Prov. _____ N° iscrizione e data _____

Non ha mai frequentato corsi PBLSD Ha frequentato Corso PBLSD nell'anno _____

PROFESSIONE

<input type="checkbox"/> 1 Medico chirurgo	<input type="checkbox"/> 14 Infermiere
<input type="checkbox"/> 15 Infermiere pediatrico	<input type="checkbox"/> 18 Ostetrica/o

Il richiedente si impegna, se ammesso al corso ed impossibilitato per gravi motivi a parteciparvi, a:

1. Comunicare alla segreteria organizzativa la propria assenza entro il **04/07/2024**, al fine di poter provvedere ad eventuali sostituzioni.
2. Nel caso di gravi impedimenti dell'ultimo momento a trasmettere tempestivamente opportuna giustificazione per iscritto alla segreteria organizzativa.

N. B. Si avrà diritto all'assegnazione dei crediti ECM:

1. Se si è frequentato il corso per almeno il 90% delle ore totali di didattica erogate;
2. Se si è totalizzato, nel test di verifica dell'apprendimento, almeno il 75 % delle risposte esatte.

DATA ___/___/_____

FIRMA _____

Visto

(timbro e firma)

Il Responsabile della U.O. di appartenenza
