

**Scheda di pre-iscrizione al Progetto Formativo Aziendale ECM "BLSD"**  
(da compilare in modo chiaro e leggibile)

Il Corso è dedicato a n. 25 operatori aziendali: 10 Medici e 15 Infermieri. Qualora il numero stabilito per ogni singola professione non fosse raggiunto, subentrerà la professione restante, fino a copertura dei posti, nel rispetto dell'ordine cronologico delle iscrizioni. L'ammissione sarà prioritaria per coloro che non hanno mai frequentato corsi BLSD e successivamente, per chi ha frequentato corsi BLSD 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](mailto:nomeutente@aspcs.it)) all' indirizzo e-mail della Segreteria Organizzativa: [formazionecs@aspcs.it](mailto:formazionecs@aspcs.it) (ogni invio potrà contenere una sola scheda di preiscrizione) entro e non oltre le ore 12,00 del 27/06/2024.

**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 02/07/2024, fino ad esaurimento disponibilità.

Per informazioni: Tel. 0984.8933394 - e-mail: [formazionecs@aspcs.it](mailto: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 BLSD       Ha frequentato Corso BLSD nell'anno \_\_\_\_\_

**PROFESSIONE**

<input type="checkbox"/> 1 Medico chirurgo	<input type="checkbox"/> 14 Infermiere
--	--

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 01/07/2024, 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

\_\_\_\_\_