DOMANDA di AMMISSIONE

Io sottoscritto/a Nome Cognome, C.F. Codice Fiscale, email nomeutente@dominio.it, numero di cellulare       chiedo di essere ammesso a frequentare il Corso in epigrafe nell’ambito della Scuola Nazionale Ospedaliera di Chirurgia.

Dichiaro di aver letto, compreso e accettato integralmente il Programma del Corso e le norme in esso contenute. In particolare:

* dichiaro di essere socio della ACOI e della SICT, e di essere in regola con la quota di iscrizione ad entrambe le società scientifiche
* prendo atto che in assenza di una valida polizza di assicurazione antiinfortunistica e di Responsabilità Civile Professionale verso Terzi non potrò frequentare i Moduli di tirocinio del Corso[[1]](#footnote-1)
* mi rendo disponibile ad esibire tutte le certificazioni professionali che alcuni dei Centri presso i quali effettuerò i tirocini pratici potrebbero richiedermi, e sono consapevole che in difetto non potrò frequentare tali Centri
* in ogni caso garantisco in proprio di manlevare gli organizzatori e le strutture cliniche presso le quali effettuerò i tirocini pratici da ogni responsabilità ed onere derivanti dallo svolgimento delle attività formative a me dedicate
* prendo atto che, in caso di accettazione di questa mia domanda, l’iscrizione al Corso sarà perfezionata solo con il pagamento della quota di partecipazione, pari ad € 1.200,00 per i soci ordinari o € 1.000,00 per i soci specializzandi
* prendo atto che la quota di partecipazione non copre spese di viaggio, di soggiorno o assicurative, ma garantisce esclusivamente la frequenza al programma didattico del Corso
* prendo atto che, in caso la quota di partecipazione sia pagata da un soggetto terzo, dovrò produrre alla Segreteria Organizzativa idonea documentazione per consentire la transazione e la fatturazione (impegno di spesa, ordine di acquisto o PO o analogo documento)
* nel caso la quota di partecipazione sia pagata da un soggetto terzo non sollecitato, come contributo formativo, sarà la Segreteria Organizzativa che in luogo di una richiesta di pagamento mi informerà della erogazione del Grant.
* prendo atto che l’erogazione dei crediti ECM è garantita solo con il rigido rispetto dei requisiti richiesti dalla normativa vigente, e riportati sul programma del Corso
* prendo atto che i miei dati saranno raccolti, trattati e trasmessi unicamente per la ammissione ed eventualmente lo svolgimento del Corso.

Città,       Firma

Riempire i campi, stampare e firmare il modulo, scannerizzarlo e inviarlo a ***toracica@comsurgery.it***

1. I richiedenti iscrizione sprovvisti di una propria assicurazione possono eventualmente sottoscrivere una polizza in convenzione stipulata dalla Segreteria Organizzativa a copertura del rischio professionale e di infortuni nell’ambito dell’attività formativa ACOI. Per informazioni rivolgersi a [info@comsurgery.it](mailto:info@comsurgery.it). [↑](#footnote-ref-1)