



# SCHEDA DI ISCRIZIONE Corso BLSD

Si prega di compilare in tutti i suoi campi la scheda di iscrizione

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

**Laurea** anno \_\_\_\_\_ **Specialità praticata** \_\_\_\_\_  
 **Altro** \_\_\_\_\_

**Attività lavorativa:** \_\_\_\_\_ **Reparto Servizio** \_\_\_\_\_

**Ospedale Struttura** \_\_\_\_\_ **Città** \_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_

**Indirizzo** \_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_

**☎** \_\_\_\_\_ **FAX** \_\_\_\_\_

**E mail** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Indirizzo** \_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_

**Città** \_\_\_\_\_ **Prov.** \_\_\_\_\_ **☎** \_\_\_\_\_ **☎** \_\_\_\_\_

**E mail** \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

**Partita IVA** \_\_\_\_\_

**Data inizio del Corso**  
 □□ □□ □□□□

**Esperienza lavorativa:**

- |                                   |   |                                       |   |                                 |   |                              |   |                      |   |
|-----------------------------------|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|---|------------------------------|---|----------------------|---|
| <b>Gestione urgenze emergenze</b> | <input type="checkbox"/> Abituale<br><input type="checkbox"/> Frequente<br><input type="checkbox"/> Occasion.<br><input type="checkbox"/> Assente | <b>Intubazione oro-naso tracheale</b> | <input type="checkbox"/> Abituale<br><input type="checkbox"/> Frequente<br><input type="checkbox"/> Occasion.<br><input type="checkbox"/> Assente | <b>Incann. vene periferiche</b> | <input type="checkbox"/> Abituale<br><input type="checkbox"/> Frequente<br><input type="checkbox"/> Occasion.<br><input type="checkbox"/> Assente | <b>Incann. vene centrali</b> | <input type="checkbox"/> Abituale<br><input type="checkbox"/> Frequente<br><input type="checkbox"/> Occasion.<br><input type="checkbox"/> Assente | <b>Letture a ECG</b> | <input type="checkbox"/> Abituale<br><input type="checkbox"/> Frequente<br><input type="checkbox"/> Occasion.<br><input type="checkbox"/> Assente |
|-----------------------------------|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|---|------------------------------|---|----------------------|---|

Sono informato che i dati da me forniti sono assolutamente confidenziali e  
 acconsento  non acconsento  al loro utilizzo al solo fine di farmi pervenire  
 comunicazioni da parte dell' Associazione Medici in Pista (Legge 675/96)

Firma