



CORSO FORMATIVO
“ALS - Advanced Life Support”
Certificato IRC – Italian Resuscitation Council

Responsabili Scientifici: Dott. Carlo Liberati, Dott. Gianluca Monaco.

SEDE DEL CORSO: c/o BSI – via Francesco Tovaglieri, 17 - 3° piano - ROMA.

SCHEDA DI ISCRIZIONE (compilare a stampatello)

Cognome* _____ Nome* _____

Nato a * _____ Provincia _____ Il * _____

COD FISC * _____ P. IVA _____

Indirizzo* _____ CAP* _____

Citta'* _____ Prov.* _____ Tel* _____ Cell. _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

DIRIGENTE MEDICO (indicare disciplina) _____

L'iscrizione all'Evento è: Euro 280,00 (IVA inclusa)

Il corso NON è accreditato ECM.

Il pagamento va effettuato con bonifico bancario sul conto IBAN: IT84M0832714703000000033827 intestato a CSE Formazione srl. Banca: BCC Banca di Credito Cooperativo di Roma

Causale: iscrizione corso: “ALS – Advanced Life Support”.

La presente scheda d'iscrizione, unitamente all'attestazione del pagamento, va inviata via e-mail a monaco.gianluca.58@gmail.com o gianlucamonaco@tiscali.it.

**Per informazioni contattare la Segreteria Organizzativa: Dott. Gianluca Monaco tel. 360.776449
Mail: monaco.gianluca.58@gmail.com ; gianlucamonaco@tiscali.it**

Chiedo l'iscrizione al corso del

📅 28 febbraio – 01 marzo 2026

firma



CORSO FORMATIVO
“ALS - Advanced Life Support”
Certificato IRC – Italian Resuscitation Council

Informativa ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 sulla tutela dei dati personali. I dati personali comunicati saranno trattati da CSE Formazione nel pieno rispetto del Decreto Lgs. n. 196/2003. La raccolta dei dati avviene secondo la modalità e nei limiti indicati dalla suddetta legge, per finalità di certificazione/attestazione dell'avvenuta formazione. I dati raccolti verranno comunicati esclusivamente agli organi di vigilanza e, ad esclusione dei dati sensibili, diffusi tramite sito internet al fine di rendere elettronicamente tracciabile la specifica certificazione acquisita. L'interessato potrà avere accesso ai suoi dati chiedendone la modifica o la cancellazione oppure opporsi al loro utilizzo e far valere i propri diritti come espressi dall'artt. 7, 8, 9 e 10, D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, rivolgendosi al titolare del trattamento, CSE Formazione, i cui recapiti sono i seguenti: tel.0773/484475 fax: 0773/484475, e-mail: info@cseformazione.com

Il/la sottoscritto/a interessato/a, Nome _____ Cognome _____ con la firma apposta in calce alla presente attesta il proprio libero ed informato consenso affinché il titolare proceda ai trattamenti dei propri dati personali come risultanti dalla presente informativa.

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

Estende il proprio consenso anche al trattamento dei dati personali sensibili vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

Estende il proprio consenso anche all'inserimento del proprio indirizzo email nella Newsletters della CSE al fine di ricevere aggiornamenti e informazioni.

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

Firma