



A.I.Stom. OdV
Associazione Italiana Stomizzati

QUESTIONARIO CONOSCITIVO PER L'ALLIEVO

Richiesta di iscrizione

**“Scuola Nazionale Di Stomaterapia A.I.STOM.”
NAPOLI 2025/2026**

Nome: _____ Cognome _____
C.F. _____ e-mail _____ Tel. _____
Via _____ Città _____ C.a.p. _____ Prov. _____

| |
|-------------------------------------|
| Az. Osp. e Reparto di appartenenza: |
| Qualifica |
| Altro |

Hai già frequentato corsi di formazione su tematiche inerenti il corso in oggetto?

SI NO

Se si, quale?

Hai già avuto la possibilità di seguire pazienti affetti da patologia inerente il corso in oggetto?

SI NO

Se si, presso quale struttura?

Quali sono le motivazioni che ti spingono ad iscriverti alla Scuola

Quante possibilità pensi di avere per esercitare la professione

- buone
 discrete
 sufficienti
 insufficienti

Saresti interessato/a ad aprire un “Centro Aistom” o a supportare un’Associazione nel tuo Territorio?

SI NO

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Inviare alla Segreteria Organizzativa, entro il 20/08/2025, la presente richiesta di iscrizione unitamente a copia del documento di identità e CV aggiornato. Dopo tale data non sarà possibile iscriversi. Una volta confermata l'ammissione dalla segreteria organizzativa mediante contatto telefonico e/o mail, sarà necessario inviare il giustificativo di pagamento effettuato dell'acconto della quota d'iscrizione. Entro il 30/10/2025 dovrà essere inviato il giustificativo di pagamento del saldo. La rinuncia o la notifica della cancellazione deve essere fatta per iscritto a aistom@aistom.org. La cancellazione sarà accettata entro e non oltre il 20/09/2025, in tal caso è prevista la restituzione della quota con una penale di € 100,00. Nessun rimborso potrà essere fatto per cancellazioni ricevute dopo il 20/09/2025.

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Barrare la casella della quota di riferimento

- 300,00€** Infermieri soci Aistom (data di iscrizione all'associazione antecedente al 31/01/2025)
 350,00€ Infermieri non Soci Aistom
 Reclutato (attraverso procedura di educational grant e/o comando aziendale)

Sottoscrivo ed accetto tutte le modalità di prenotazione/cancellazione, la presa visione della documentazione da produrre per l'accesso ai centri di tirocinio e le modalità di verifica dell'apprendimento

Si autorizza **Aistom** al trattamento di dati personali ai sensi e nei limiti del D. Lgs. 101/2018.

Ove selezionata/o, autorizzo sin d'ora **Aistom** all'eventuale pubblicazione e divulgazione della mia tesi.

Data.....

Firma