

# STERILIZZAZIONE: DALL'OPERATIVITÀ ALLA TRACCIABILITÀ ATTRAVERSO LE RESPONSABILITÀ

Ad ogni corso sono stati  
assegnati N. 8 Crediti  
Formativi Nazionali E.C.M.

- **PIEVE DI CORIANO (MN)**  
12 aprile
- **TODI (PG)**  
17 maggio
- **RICCIONE (RN)**  
27 settembre
- **ROMA**  
11 ottobre
- **REGGIO CALABRIA**  
11 ottobre
- **BRESCIA**  
25 ottobre
- **SAVIGLIANO (CN)**  
15 novembre
- **SAN DANIELE DEL FRIULI (UD)**  
29 novembre
- **MERANO (BZ)**  
13 dicembre

## QUOTE DI ISCRIZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE

- \* **Soci AIOS GRATUITA**
- \*\* **NON Soci € 60,00**

\* La partecipazione ai Corsi è gratuita per i Soci A.I.O.S. in regola con il pagamento della quota Associativa per l'anno 2014, fissata in € 40,00.

\*\* Quota prevista per coloro che non intendono diventare Soci A.I.O.S. o vogliono partecipare ad un secondo corso annuale.

L'adesione al corso dovrà essere segnalata sulla scheda di iscrizione allegata. **I corsi sono a numero chiuso.** Le iscrizioni dovranno pervenire al massimo **trenta giorni prima della data del corso** e saranno riconfermate in base all'ordine di arrivo delle richieste e alla disponibilità dei posti. Eventuali cancellazioni dovranno essere comunicate alla Segreteria Organizzativa. In caso di mancata partecipazione non è previsto il rimborso della quota.

**Le iscrizioni saranno confermate dalla Segreteria Organizzativa My Meeting Srl.**

**Il programma e gli aggiornamenti sulle date dei Corsi sono disponibili sui siti**  
**[www.aiosterile.org](http://www.aiosterile.org) - [www.mymeetingsrl.com](http://www.mymeetingsrl.com)**

## MODALITÀ DI ISCRIZIONE E RINNOVO ALL'ASSOCIAZIONE

L'iscrizione all'Associazione avviene tramite il pagamento della quota associativa fissata per l'anno in corso e deve essere rinnovata allo scadere di ogni anno solare.

**La quota Associativa A.I.O.S. per l'anno 2014 è di € 40,00**

Per le modalità di iscrizione e pagamento utilizzare la SCHEDA DI ISCRIZIONE e inviarla unita a copia del relativo pagamento a **"[info@mymeetingsrl.com](mailto:info@mymeetingsrl.com)"** oppure **fax 051 795270**

La nuova iscrizione o il rinnovo saranno confermati a mezzo email da parte di My Meeting Srl.

L'Associazione non è tenuta ad emettere ricevuta di pagamento se non su specifica richiesta.

**Per qualsiasi informazione relativa all'Associazione, fare riferimento a:**

**[www.aiosterile.org](http://www.aiosterile.org) • [info@aiosterile.org](mailto:info@aiosterile.org)**

oppure:

**Segreteria Soci A.I.O.S.**



c/o **My Meeting Srl**

Via 1° Maggio 33/35 • 40064 Ozzano dell'Emilia (BO)

Tel. 051 796971 • Fax 051 795270

[info@mymeetingsrl.com](mailto:info@mymeetingsrl.com) • [www.mymeetingsrl.com](http://www.mymeetingsrl.com)



# ISCRIZIONI 2014



## CORSI REGIONALI DI FORMAZIONE

A.I.O.S. per l'anno 2014  
organizza Corsi di  
Formazione regionali  
dedicati agli operatori  
addetti alla sterilizzazione

## CONSIGLIO DIRETTIVO 2013-2014-2015

### PRESIDENTE

**Maria Beatrice Benedetti Michelangeli**  
Centrale di Sterilizzazione  
Azienda Ospedali Riuniti - Ancona

### VICE PRESIDENTE

**Andrea Valentinotti**  
Centrale di Sterilizzazione  
Ospedale Franz Tappeiner - Merano (BZ)

### TESORIERE

**Mario Baggio**  
Libero professionista a contratto in RSA  
Rossano Veneto (VI)

### SEGRETARIO

**Maria Catia Zanni**  
Centrale di Sterilizzazione  
Azienda Ospedali Riuniti - Ancona

### CONSIGLIERI

**Milena Bezziccheri**  
Centrale di Sterilizzazione, Azienda Ospedaliera  
Ospedali Riuniti "Marche Nord" - Pesaro

**Ada Giampà**  
Centrale di Sterilizzazione  
Policlinico IRCCS S. Matteo - Pavia

**Antonio Mancini**  
Centrale di Sterilizzazione  
A.O. Bianchi Melacrino Morelli - Reggio Calabria

**Ernesto Sarchi**  
Centrale di Sterilizzazione  
Ospedale San Raffaele - Milano

### CONSIGLIERE E COORDINATORE DEI REFERENTI DI AREA

**Agostino Inglese**  
Blocco Operatorio ASL BARIÙ  
Ospedale Don Tonino Bello - Molfetta (BA)

### CONSIGLIERE E COORDINATORE DELLA FORMAZIONE

**Silene Orsola Tomasini**  
Centrale di Sterilizzazione, Ospedale di Manerbio (BS)



# SCHEDA DI ISCRIZIONE



Si prega di scrivere chiaramente in stampatello

Cognome .....

Nome .....

### RECAPITO PERSONALE

Via .....

CAP ..... Città ..... Prov. ....

Tel. .... Fax .....

Cellulare .....

e-mail .....

### RECAPITO PROFESSIONALE

Ospedale .....

Servizio .....

Ruolo .....

Via .....

CAP ..... Città ..... Prov. ....

Tel. .... Fax .....

e-mail .....

**Dati obbligatori per il conseguimento dei CREDITI FORMATIVI ECM**  
L'accreditamento ECM sarà richiesto unicamente per la categoria  
**INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO, ASSISTENTE SANITARIO**

Data di Nascita .....

Luogo di Nascita .....

Cod. Fisc. ....

INFERMIERE  INFERMIERE PEDIATRICO  ASSISTENTE SANITARIO

**Il programma e gli aggiornamenti  
sui Corsi sono disponibili sui siti**

**www.aiosterile.org**  
**www.mymeedingsrl.com**

**Desidero partecipare al seguente Corso di Formazione**

**Calendario** (barrare la data prescelta con una X)

## STERILIZZAZIONE: DALL'OPERATIVITÀ ALLA TRACCIABILITÀ ATTRAVERSO LE RESPONSABILITÀ

<input type="checkbox"/> PIEVE DI CORIANO (MN)	12 aprile
<input type="checkbox"/> TODI (PG)	17 maggio
<input type="checkbox"/> RICCIONE (RN)	27 settembre
<input type="checkbox"/> ROMA	11 ottobre
<input type="checkbox"/> REGGIO CALABRIA	11 ottobre
<input type="checkbox"/> BRESCIA	25 ottobre
<input type="checkbox"/> SAVIGLIANO (CN)	15 novembre
<input type="checkbox"/> SAN DANIELE DEL FRIULI (UD)	29 novembre
<input type="checkbox"/> MERANO (BZ)	13 dicembre

## Modalità di pagamento SOCI A.I.O.S.

Sono già Socio A.I.O.S. ed intendo rinnovare la quota per l'anno 2014

Nuova iscrizione, richiedo di essere ammesso, previa visione dello Statuto e del Regolamento associativo, ai sensi dell'art.7 dello Statuto medesimo, all'Associazione in qualità di

Socio Ordinario  Socio Aggregato

Sono **Soci ORDINARI** coloro i quali svolgono attività di infermieri e operatori sanitari di supporto all'attività infermieristica e svolgono, altresì, attività relative alle problematiche della sterilizzazione presso Aziende ospedaliere, Aziende USL, Aziende Universitarie, IRCCS, Ospedali Classificati, Case di Cura private accreditate o in regime libero professionale in ogni caso senza vincoli con le Aziende o Società commerciali o con cooperative.

Sono **Soci AGGREGATI** coloro i quali svolgono attività lavorativa nello stesso settore dei Soci Ordinari, presso Aziende o Società commerciali o cooperative, possono essere altresì, Soci Aggregati anche coloro che svolgono sempre nello stesso settore della sterilizzazione, attività diverse da quella di infermiere o di operatore di supporto all'attività infermieristica.

## Modalità di pagamento della quota associativa dell'importo di € 40,00

Carta di Credito, on-line accedendo al sito [www.aiosterile.org](http://www.aiosterile.org) seguendo il link indicato nella parte dedicata ad iscrizione 2013 A.I.O.S. e Corsi

Bonifico Bancario intestato ad A.I.O.S. Associazione Italiana Operatori Sanitari Addetti alla Sterilizzazione - Banca UNICREDIT filiale Rossano Veneto (VI) ABI 02008, CAB 60700, CIN P, C/C 5608705 IBAN IT46P0200860700000005608705 Allegare alla presente copia di avvenuto Bonifico.

Assegno Bancario/Circolare Non Trasferibile intestato ad A.I.O.S.

N° .....

della Banca .....

## Modalità di pagamento NON SOCI A.I.O.S.

### Modalità di pagamento della quota di Iscrizione NON SOCI dell'importo di € 60,00

Carta di Credito  VISA  EUROCARD  MASTERCARD

Il sottoscritto ..... possessore

della carta di credito n. ....

intestata a .....  
Codice di sicurezza (3 cifre sul retro della carta)

valida sino al ....., autorizza il prelievo

del pagamento sopra indicato per un totale di € 60,00

Firma .....

Bonifico Bancario, esente da spese bancarie, effettuato a favore di MY MEETING S.r.l. presso

Banca **CARISBO - Filiale di San Lazzaro (BO)**  
Cod. IBAN: **IT13Y0638537070100000006418**

Causale versamento: Iscrizione "Corsi AIOS 2014 - cod. G9 e cognome dell'iscritto".  
Si prega di allegare alla presente "Scheda" la copia dell'avvenuto bonifico.

Intestare fattura a: .....

Segreteria Soci A.I.O.S.



**My Meeting Srl**  
Via 1° Maggio 33/35  
40064 Ozzano dell'Emilia (BO)  
**Tel. 051 796971**  
**Fax 051 795270**  
**info@mymeedingsrl.com**  
**www.mymeedingsrl.com**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n° 196.

Data ..... Firma .....