



Richiesta di partecipazione ai Corsi di AUROtraining

**DATI ANAGRAFICI**

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

Via / Piazza

Città

Comune

Provincia

CONTATTI

Tel Abitazione

Tel Lavoro

Tel Cellulare

e-mail

**ISTRUZIONE**

LAUREA

Anno

Università

SPECIALITA'

Anno

Università

**POSIZIONE LAVORATIVA**

RUOLO

Dirigente Medico a tempo indeterminato

Dirigente Medico a tempo determinato

Libero Professionista

Specializzando

DIVISIONE

UOC / UOS

Direttore

OSPEDALE / CLINICA

Via / Piazza

Città

Comune

Provincia

**ESPERIENZA CHIRURGICA COME PRIMO OPERATORE**

	CHIRURGIA MAGGIORE OPEN			CHIRURGIA LAPAROSCOPICA		
	Principiante	Intermedio	Esperto	Principiante	Intermedio	Esperto
Prostatectomia Radicale	<input type="checkbox"/>					
Nefrectomia Totale	<input type="checkbox"/>					
Nefrectomia Parziale	<input type="checkbox"/>					
Cistectomia Radicale	<input type="checkbox"/>					
Pieloplastica	<input type="checkbox"/>					

ENDOSCOPIA ALTE VIE URINARIE			
	Principiante	Intermedio	Esperto
PCNL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URS semirigida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URS flessibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefrostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENDOSCOPIA BASSE VIE URINARIE			
	Principiante	Intermedio	Esperto
TURV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TURP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laser IPB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si specifica che:

- la quota di iscrizione copre la partecipazione al corso e due pernottamenti, le spese di viaggio sono a carico del partecipante.

MODULO SULLA PRIVACY



Scheda di valutazione per la Partecipazione ai Corsi di Formazione in Chirurgia Mininvasiva

**DATI ANAGRAFICI**

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

INDIRIZZO DI RESIDENZA

Via / Piazza

Città

Comune

Provincia

CONTATTI

Tel Abitazione

Tel Lavoro

Tel Cellulare

e-mail

**ISTRUZIONE**

LAUREA

Anno

Università

SPECIALITA'

Anno

Università

**POSIZIONE LAVORATIVA**

RUOLO

Dirigente Medico a tempo indeterminato

Dirigente Medico a tempo determinato

Libero Professionista

Specializzando

DIVISIONE

UOC / UOS

Direttore

OSPEDALE / CLINICA

Via / Piazza

Città

Comune

Provincia