**(H)Open Week Malattie Cardiovascolari**

**26 settembre – 2 ottobre2023**

**Rivolto alle Divisioni/Unità/Ambulatori di Cardiologia, Cardiochirurgia e Chirurgia Vascolare degli ospedali con i Bollini Rosa**

**FAC-SIMILE MODULO DI ADESIONE**

**ATTENZIONE: L’ADESIONE DEVE ESSERE INVIATA TRAMITE IL SITO** [**WWW.BOLLINIROSA.IT/AREA**](http://WWW.BOLLINIROSA.IT/AREA) **RISERVATA AGLI OSPEDALI, UTILIZZANDO LA PASSWORD RELATIVA AL BIENNIO 2022-2023 (NON quella fornita per il nuovo bando) COMUNICANDO I DATI RICHIESTI NEL PRESENTE MODULO.**

**SI PREGA DI NON INVIARE COPIE CARTACEE O VIA MAIL**

**PRIMA PARTE (da compilare entro il 26 luglio 2023)**

## Dati struttura (questa parte è precompilata – prego verificare che le informazioni riportate siano corrette. Per eventuali modifiche o correzioni scrivere a.arlati@fondazioneonda.it

* Nome della struttura:
* Comune:
* Provincia:
* Regione:

## Dati Referente Bollini Rosa (per comunicazioni successive - a uso esclusivo di Onda)

* Nome:
* Cognome:
* Telefono/cellulare:
* E-mail (Indirizzo a cui sarà inviata la conferma di ricezione della richiesta di adesione):

## Dati Referente Ufficio stampa/Ufficio comunicazione (per invio del comunicato stampa dell’iniziativa - a uso esclusivo di Onda

* Nome:
* Cognome:
* Telefono:
* E-mail:

## Per questa iniziativa verranno realizzati materiali promozionali (volantini/poster) e materiali divulgativi (pubblicazioni e poster) che verranno inviati alle strutture che aderiranno.

* *Desideri ricevere i materiali cartacei?*

* ***Si***

*Se sì, indicare*

***Dati spedizione dei materiali***

* *Nome dell'Ente / Dipartimento / Piano (ATTENZIONE: FORNIRE*

*INFORMAZIONI COMPLETE PER AGEVOLARE LA CONSEGNA):*

* *Indirizzo:*
* *Numero civico:*
* *CAP:*
* *Comune:*
* *Provincia:*
* *Nome e cognome del referente per il ritiro dei materiali:*
* *Recapito telefonico del referente per il ritiro:*

* ***No, desidero ricevere i materiali solo in formato digitale***

**SECONDA PARTE – da compilare con il/i servizio/i offerto/i (entro il 7 SETTEMBRE 2023)**

**INIZIATIVA/E OFFERTA/E**

Le informazioni richieste nel modulo, così come verranno compilate nei campi seguenti, saranno pubblicate agli utenti attraverso un motore di ricerca che verrà realizzato ad hoc per la consultazione dei servizi offerti. **Si raccomanda quindi un adeguato controllo delle informazioni inserite*.***

**Tipologia dell’iniziativa offerta:** il modulo include diverse tipologie di attività, ovvero: Conferenze in presenza, conferenze in modalità virtuale, visite, consulenze, colloqui in presenza/virtuali/telefonici, esami e altre attività.

È possibile offrire una o più tipologie di servizio.

Selezionare la tipologia di servizio che si intende offrire e compilare tutti i campi.

Si raccomanda di inserire una “nuova iniziativa”**per ogni tipologia di servizio offerto**. NON inserire più iniziative insieme: per esempio se si offrono delle “visite cardiologiche” e anche degli “esami strumentali” bisogna inserire due iniziative separate, cliccando sul tasto “nuova iniziativa” e selezionando la tipologia di servizio per ciascuno di quelli offerti (visite, esami).

* ***Referente del servizio offerto*** *(i dati del referente del servizio saranno ad uso esclusivo di Onda e* ***non*** *verranno pubblicati agli utenti)*
* *Nome:*
* *Cognome:*
* *Dipartimento/Divisione:*
* *Numero di telefono diretto:*
* *E-mail:*
* *Numero di cellulare:*

* + **Conferenza/convegno in presenza**
* **Specificare su quale/i delle seguenti patologie verterà l’iniziativa (è possibile selezionarne una o più. Questa informazione è necessaria a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)**
* ANEURISMA AORTICO ADDOMINALE
* INFARTO CARDIACO
* PATOLOGIE VALVOLARI
  + - **Titolo** (SPECIFICARE):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Note** (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L’UTENTE, es. nomi dei relatori, temi trattati durante l’incontro, ecc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Luogo/Sede** (SPECIFICARE IN QUALE AULA/PIANO E SE A UN INDIRIZZO DIVERSO DA QUELLO DELL’OSPEDALE):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - **Data:**
    - 26 settembre
    - 27 settembre
    - 28 settembre
    - 29 settembre
    - 30 settembre
    - 1 ottobre
    - 2 ottobre

* **Orario**:
* **Prenotazione obbligatoria**:
* **Sì** (se sì, specificare il numero di telefono oppure l’indirizzo e-mail a cui scrivere)
  + - * Numero di telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Note (specificare eventuali giorni/orari per telefonare o altre informazioni utili per la prenotazione):

Il numero dei posti è limitato

* **No**, non è necessaria la prenotazione

**Numero di posti disponibili:**

**□Posti esauriti**(Spuntare questo campo solo successivamente all’avvio della promozione e nel caso si esaurisca la disponibilità).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI PER REPORT FINALE** (da compilare al termine dell’iniziativa)

**Numero di persone che hanno partecipato: \_\_\_\_\_\_\_**(questo campo è da compilare dopo lo svolgimento dell’iniziativa ed è necessario a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)

* + **Conferenza/convegno virtuale (webinar / dirette social)**
* **Specificare su quale/i delle seguenti patologie verterà l’iniziativa (è possibile selezionarne una o più. Questa informazione è necessaria a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)**
* ANEURISMA AORTICO ADDOMINALE
* INFARTO CARDIACO
* PATOLOGIE VALVOLARI
  + - **Titolo** (SPECIFICARE):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Note** (SPECIFICARE QUALE PIATTAFORMA VERRA’ UTILIZZATA ES. Zoom, Google Meet, Teams, Diretta Facebook, pagine sito internet aziendale, video su YouTube, ecc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Link per il collegamento** (ATTENZIONE: inserire il link completo, incluso https:// o http://)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* + - **Data:**
    - 26 settembre
    - 27 settembre
    - 28 settembre
    - 29 settembre
    - 30 settembre
    - 1 ottobre
    - 2 ottobre
* **Orario**: dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Iscrizione obbligatoria**:
  + Sì (se sì, specificare le modalità di iscrizione): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
    - * Note (specificare eventuali contatti a cui rivolgersi per avere informazioni, es. E-mail o indirizzo telefonico).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* No

**Numero di posti disponibili: \_\_\_\_\_\_\_**

**□Posti esauriti**(Spuntare questo campo solo successivamente all’avvio della promozione e nel caso si esaurisca la disponibilità).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI PER REPORT FINALE** (da compilare al termine dell’iniziativa)

**Numero di persone che hanno partecipato: \_\_\_\_\_\_\_**(questo campo è da compilare dopo lo svolgimento dell’iniziativa ed è necessario a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)

* + **Visite/Consulenze/Colloqui in presenza**
* **Specificare per quale/i delle seguenti patologie verranno offerte le visite (è possibile selezionarne una o più. Questa informazione è necessaria a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)**
* ANEURISMA AORTICO ADDOMINALE
* INFARTO CARDIACO
* PATOLOGIE VALVOLARI
  + - **Tipologia** (SPECIFICARE il tipo di visita/consulenza es. visita con il cardiologo, visita con il chirurgo cardiovascolare, ecc.):
* **Note** (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L’UTENTE, es. età a cui sono rivolte le visite):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Luogo/Sede** (SPECIFICARE IN QUALE AMBULATORIO, PIANO, STANZA E SE A UN INDIRIZZO DIVERSO DA QUELLO DELL’OSPEDALE):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - **Data:**
    - 26 settembre
    - 27 settembre
    - 28 settembre
    - 29 settembre
    - 30 settembre
    - 1 ottobre
    - 2 ottobre
* **Orario**: dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Prenotazione obbligatoria**:
* **Sì** (se sì, specificare il numero di telefono da chiamare per la prenotazione oppure l’indirizzo e-mail a cui scrivere)
  + - * Numero di telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Note (specificare eventuali giorni/orari in cui è possibile effettuare la prenotazione o altre info utili per l’utente):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **No, la prenotazione non è obbligatoria**
* **Numero di visite disponibili: \_\_\_\_\_\_\_**

**□Posti esauriti**(Spuntare questo campo solo successivamente all’avvio della promozione e nel caso si esaurisca la disponibilità).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATI PER REPORT FINALE**

* **Numero di visite effettivamente erogate: \_\_\_\_\_\_\_**(questo campo è da compilare dopo lo svolgimento dell’iniziativa ed è necessario a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)
* **Commenti sull’iniziativa: (testo lungo)**(questo campo è da compilare dopo lo svolgimento dell’iniziativa)
  + **Consulenze/colloqui virtuali individuali**
* **Specificare per quale/i delle seguenti patologie verranno offerte le consulenze (è possibile selezionarne una o più. Questa informazione è necessaria a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)**
* ANEURISMA AORTICO ADDOMINALE
* INFARTO CARDIACO
* PATOLOGIE VALVOLARI
  + - **Tipologia** (SPECIFICARE con quale esperto verrà effettuato il colloquio. Es: Colloquio con il cardiologo, con il chirurgo cardiovascolare, ecc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Note**: (Specificare le modalità di registrazione per ricevere il link per il collegamento virtuale, la durata del colloquio, ecc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Luogo:** SPECIFICARE SU QUALE PIATTAFORMA AVVERRA’ IL COLLOQUIO, ES. Zoom, Google Meet, Skype, ecc.):
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + - **Data:**
    - 26 settembre
    - 27 settembre
    - 28 settembre
    - 29 settembre
    - 30 settembre
    - 1 ottobre
    - 2 ottobre
* **Orario**: dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Prenotazione obbligatoria**:
* **Sì** (se sì, specificare il numero di telefono da chiamare per la prenotazione oppure l’indirizzo e-mail a cui scrivere)
  + - * Numero di telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Note (specificare eventuali giorni/orari in cui è possibile effettuare la prenotazione o altre info utili per l’utente):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **No, la prenotazione non è obbligatoria**
* **Numero di colloqui disponibili: \_\_\_\_\_\_\_**
* **□Posti esauriti**(Spuntare questo campo solo successivamente all’avvio della promozione e nel caso si esaurisca la disponibilità).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATI PER REPORT FINALE**

* **Numeri di colloqui effettivamente erogati: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(questo campo è da compilare dopo lo svolgimento dell’iniziativa ed è necessario a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)
* **Commenti sull’iniziativa: (testo lungo)**(questo campo è da compilare dopo lo svolgimento dell’iniziativa)
  + **Consulenze/colloqui telefonici**
* **Specificare per quale/i delle seguenti patologie verranno offerte le consulenze telefoniche (è possibile selezionarne una o più. Questa informazione è necessaria a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)**
* ANEURISMA AORTICO ADDOMINALE
* INFARTO CARDIACO
* PATOLOGIE VALVOLARI
  + - **Tipologia** (SPECIFICARE con quale esperto verrà effettuato il colloquio. Es: Colloquio con il cardiologo, con il chirurgo vascolare, ecc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Note:** (Specificare eventuali info utili per l’utente, es. durata del colloquio telefonico, target a cui sono rivolte le consulenze, ecc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Numero di telefono da chiamare il giorno del colloquio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + - **Data:**
    - 26 settembre
    - 27 settembre
    - 28 settembre
    - 29 settembre
    - 30 settembre
    - 1 ottobre
    - 2 ottobre
* **Orario**: dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Prenotazione obbligatoria**:
* **Sì** (se sì, specificare il numero di telefono da chiamare per la prenotazione oppure l’indirizzo e-mail a cui scrivere)
  + - * Numero di telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Note (specificare eventuali giorni/orari in cui è possibile effettuare la prenotazione o altre info utili per l’utente):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **No, la prenotazione non è obbligatoria**
* **Numero di colloqui disponibili: \_\_\_\_\_\_\_**
* **□Posti esauriti**(Spuntare questo campo solo successivamente all’avvio della promozione e nel caso si esaurisca la disponibilità).

**DATI PER REPORT FINALE**

* **Numeri di colloqui effettivamente erogati: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(questo campo è da compilare dopo lo svolgimento dell’iniziativa ed è necessario a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)
* **Commenti sull’iniziativa: (testo lungo)**(questo campo è da compilare dopo lo svolgimento dell’iniziativa)
  + **Esami**
* **Specificare per quale/i delle seguenti patologie verranno offerti gli esami (è possibile selezionarne una o più. Questa informazione è necessaria a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)**
* ANEURISMA AORTICO ADDOMINALE
* INFARTO CARDIACO
* PATOLOGIE VALVOLARI
  + - **Tipologia** (SPECIFICARE es. ecocolordoppler, ECG, ecocardiografia, ecc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Note** (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L’UTENTE):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Luogo/Sede** (SPECIFICARE IN QUALE AMBULATORIO/PIANO E SE A UN INDIRIZZO DIVERSO DA QUELLO DELL’OSPEDALE):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - **Data:**
    - 26 settembre
    - 27 settembre
    - 28 settembre
    - 29 settembre
    - 30 settembre
    - 1 ottobre
    - 2 ottobre
* **Orario**: dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Prenotazione obbligatoria**:
* **Sì** (se sì, specificare il numero di telefono da chiamare per la prenotazione oppure l’indirizzo e-mail a cui scrivere)
  + - * Numero di telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Note (specificare eventuali giorni/orari in cui è possibile effettuare la prenotazione o altre info utili per l’utente):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **No, la prenotazione non è obbligatoria**
* **Numero di esami disponibili: \_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **□Posti esauriti**(Spuntare questo campo solo successivamente all’avvio della promozione e nel caso si esaurisca la disponibilità).

**DATI PER REPORT FINALE**

* **Numeri di esami effettivamente erogati: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(questo campo è da compilare dopo lo svolgimento dell’iniziativa ed è necessario a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)
* **Commenti sull’iniziativa: (testo lungo)**(questo campo è da compilare dopo lo svolgimento dell’iniziativa)
  + **Altre attività**
* Specificare per quale/i delle seguenti patologie verterà l’attività offerta (è possibile selezionarne una o più. Questa informazione è necessaria a Onda per la stesura del report finale. Non sarà visibile al pubblico.)
* ANEURISMA AORTICO ADDOMINALE
* INFARTO CARDIACO
* PATOLOGIE VALVOLARI

SPECIFICARE di cosa si tratta: (es. info point, distribuzione di materiali informativi realizzati ad hoc per l’iniziativa, ecc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Note** (SPECIFICARE EVENTUALI ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER L’UTENTE):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Luogo/Sede** (SPECIFICARE Aula/Piano/link al sito aziendale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - **Data:**
    - 26 settembre
    - 27 settembre
    - 28 settembre
    - 29 settembre
    - 30 settembre
    - 1 ottobre
    - 2 ottobre

* **Orario**: dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Sì** (se sì, specificare il numero di telefono da chiamare per la prenotazione oppure l’indirizzo e-mail a cui scrivere)
  + - * Numero di telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
      * Note (specificare eventuali giorni/orari in cui è possibile effettuare la prenotazione o altre info utili per l’utente):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **No, la prenotazione non è obbligatoria**