RIFERIMENTI REGIONALI

Riferimenti nazionali

PRESIDENTE NAZIONALE

Maria Michela Niro

E_MAIL

presidenza@acos-nazionale.it

INDIRIZZO

Vla Gregorio VII, 111 00165 ROMA

SITO WEB

https://www.acos-nazionale.it/

ASSOCIAZIONE CATTOLICA OPERATORI SANITARI
Ente Morale D.P.R. n.° 975 del 17-11-1986

CF - 80172430581

Email
presidenza@acos-nazionale.it
segreteria@acos-nazionale.it
presidenza@pec.acos-nazionale.it

IBAN:IT34 D076 0103 2000 0003 4707 000

Associazione Cattolica Operatori Sanitari

chi siamo

L'Associazione Cattolica Operatori Sanitari (A.C.O.S.) è un' associazione di fedeli che si impegnano liberamente, in forma comunitaria ed organica, senza finalità di lucro, per il proprio perfezionamento morale e professionale, per l'animazione e promozione dei servizi assistenziali e degli ambienti socio-sanitari.
L'ACOS è giuridicamente costituita con sede nazionale a Roma.
L'ACOS è membro effettivo della Consulta Generale dell'Apostolato dei Laici.
L'ACOS aderisce al Comitato Internazionale Cattolico Infermieri ed Assistenti Medico-Sociali (CICIAMS).

a chi ci rivolgiamo

Possono aderire all'ACOS, in qualità di soci ordinari, gli appartenenti alle diverse categorie di operatori socio-sanitari, nonché gli studenti iscritti alle scuole e facoltà di carattere sanitario di ogni livello e tipo, e coloro i quali, accettando lo spirito e la lettera del presente Statuto, pongono particolare attenzione ai problemi socio-sanitari e si impegnano a favore dei malati, dei più poveri e degli emarginati.

Il diritto di elettorato attivo e passivo è riservato ai soli soci ordinari.

in cosa crediamo

-nel proprio perfezionamento etico-professionale
-nella promozione qualitativa delle professioni socio-sanitarie e assistenziali
-nel proprio perfezionamento etico-professionale
-nella partecipazione nelle attività e negli organismi democratici di programmazione, gestione e controllo del settore socio-sanitario
-nell'animazione cristiana degli ambienti di cura

L'ACOS :
-aiuta gli operatori a rinnovare le motivazioni della scelta professionale e a interpretare il proprio servizio come una missione
-stimola a migliorare la propria formazione, soprattutto nel campo dell'etica e delle relazioni e a tenersi aggiornati per essere competenti nel proprio lavoro
-vuol favorire l'umanizzazione dei rapporti tra gli operatori e con i pazienti, per rendere più gratificante il proprio lavoro e concorrere a una sanità "a misura d'uomo" nel rispetto di ogni persona

per l 'iscrizione

QUOTA DI ISCRIZIONE

Quota ordinaria		**€ 25.00 venticinque**
Simpatizzanti		**€ 20.00 venti, 00**
Studenti		**€ 12.00 dodici,00**
Sostenitori		**€ 50.00 cinquanta,00**

(Si prega barrare la quota versata per l'iscrizione)

MODALITA' DI ISCRIZIONE
Le iscrizioni potranno essere effettuate tramite CCP, Bonifico Bancario, contanti o altra modalità

Il pagamento dovrà essere certificato tramite copia della ricevuta di versamento effettuato o rilasciata dalla banca che dovrà essere allegata alla scheda di iscrizione o tramite altra ricevuta.

Cognome	
Nome	
Nato/a a	
Prov	
Il	
Codice Fiscale	
Residente a	
Prov	
CAP	
In via	
Telefono	
E-mail (SCRIVERE CON CARATTERE MAIUSCOLO)	
Fax	
Professione	
Luogo di lavoro	
Asl di appartenenza	
Rinnovo iscrizione	
Nuova iscrizione	

CAMPO OBBLIGATORIO PER L' ISCRIZIONE
Codice Privacy
Ai sensi del Regolamento Europeo n.679/2016 i dati sensibili da Lei forniti verranno trattati per finalità esclusivamente inerenti gli scopi/obiettivi dell'Associazione. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacea e/o informatica.
Il conferimento dei dati è OBBLIGATORIO e l'eventuale rifiuto comporta la non accettazione della richiesta di iscrizione.
I dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non per obbligo riferito alle vigenti normative in materia.
Il titolare responsabile del trattamento è Il/la Presidente Regionale ACOS. A livello Nazionale il Responsabile dei dati è il Presidente Nazionale. Il consenso espresso ha validità fino a richiesta di revoca da parte del socio. La revoca può essere effettuata inviando una comunicazione, tramite mail, al contatto indicato sul modulo.

Acconsento [X] Non acconsento [ ]

Data,

FIRMA PER ACCETTAZIONE
