



Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile. Le domande illeggibili non saranno considerate.
- 2) Firmare in calce per autorizzazione al trattamento dati. Le domande prive di firma non saranno considerate.
- 3) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati contrassegnati con asterisco (\*) che sono obbligatori ai fini dell'accreditamento ECM, se previsto.

**TITOLO dell'EVENTO: IV Corso di aggiornamento professionale per i referenti SISTRA**

**N° ID: 090C17**

**DATA di SVOLGIMENTO: 28 novembre 2017**

#### DATI PERSONALI

|  |  |
|--|--|
| <b>Cognome:</b>                                | <b>Nome:</b>   |
| <b>Data di nascita (gg/mm/aa):</b>             | <b>Luogo di nascita:</b> (Prov. )                                    |
| <b>Stato (se diverso da ITALIA)</b>            | <b>Genere:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| <b>CODICE FISCALE* (obbligatorio per ECM):</b> |  |

#### DATI PROFESSIONALI

|   |
|---|
| <b>Titolo di Studio</b> <input type="checkbox"/> <b>Diploma di</b><br>(sempre obbligatorio) <input type="checkbox"/> <b>Laurea in</b> |
| <b>Richiede crediti ECM se previsti*:</b> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                     |
| <b>Profilo sanitario ECM*:</b>  |
| <b>Disciplina*:</b>   |

**RECAPITI\* NB: tutte le comunicazioni e i documenti relativi all'evento saranno inviati al recapito indicato.**

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| <b>Indirizzo:</b> |                   |
| <b>Città:</b>     | <b>Provincia:</b> |
| <b>CAP:</b>       | <b>Telefono:</b>  |
| <b>Email:</b>     |                   |

#### POSIZIONE

|  |  |
|--|--|
| <b>Ente di appartenenza:</b>   |  |
| <b>Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):</b>              |  |
| <b>Qualifica:</b>  |  |
| <b>Di ruolo:</b> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <b>Se di ruolo, specificare inquadramento:</b> |



### **MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE**

La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere stampata, firmata ed inviata per e-mail all'indirizzo [segreteriagenerale.cns@iss.it](mailto:segreteriagenerale.cns@iss.it) entro il giorno 24/11/2017.

L'ammissione dei partecipanti all'evento sarà subordinata al numero massimo di posti disponibile, il criterio di selezione in caso di un numero di domande eccedente la disponibilità sarà rappresentato unicamente dall'ordine di arrivo delle stesse.

Si intendono ammessi a partecipare solo coloro che ne riceveranno comunicazione.

**Non verranno considerate valide le domande prive della firma.**

### **INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003**

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini organizzativi ed amministrativi concernenti la sua partecipazione all'evento formativo di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione dei dati stessi. Si informa inoltre che il titolare del trattamento è l'Istituto Superiore di Sanità.

**Data:**

**Firma.....**