



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: VI Corso per i referenti SISTRA**N° ID: 073C19****DATA di SVOLGIMENTO: 2 ottobre 2019****DATI PERSONALI**

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

DATI PROFESSIONALI

| |
|--|
| Titolo di Studio <input type="checkbox"/> Diploma di (sempre obbligatorio) <input type="checkbox"/> Laurea in |
| Richiede crediti ECM se previsti*: Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Profilo sanitario ECM*: |
| Disciplina ECM*: |
| Il partecipante è*: <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione Dichiara inoltre* di essere reclutato da azienda commerciale operante in ambito sanitario: Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ⁽¹⁾ |
| Ente di appartenenza: |
| Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.): |
| Qualifica: |
| Di ruolo: Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se di ruolo, specificare inquadramento: |

⁽¹⁾ Si considera "reclutato" il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.

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

| | |
|-------------------|-------------------|
| Indirizzo: | |
| Città: | Provincia: |
| CAP: | Telefono: |
| Email: | |

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE

La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere firmata e inviata per email all'indirizzo **segreteria generale.cns@iss.it** entro il giorno **30 settembre 2019**. Per le eventuali modalità di selezione e ammissione, si rimanda al programma di dettaglio. La partecipazione al corso è gratuita. Le spese di viaggio e soggiorno sono a carico del partecipante. L'ammissione al corso sarà confermata ai richiedenti a mezzo e-mail. **Non verranno considerate valide le domande prive della firma.**

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati correttamente 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 dal Regolamento, 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.....**