



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: Salute e sicurezza del donatore/*Blood Donor Health and Safety*

N° ID: 031D19 **DATA di SVOLGIMENTO:** 28 marzo 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 (sempre obbligatorio)	<input type="checkbox"/> Diploma di
	<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 **26 marzo 2019**. Per le eventuali modalità di selezione e ammissione, si rimanda al programma di dettaglio. La partecipazione all'evento è gratuita. Le spese di viaggio e soggiorno sono a carico del partecipante. L'ammissione all'evento 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:**.....