



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: Italy welcomes back BEST Collaborative - An updated overview on Transfusion Medicine

N° ID:121D18

DATA di SVOLGIMENTO: 26/04/2018

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*:	
Il partecipante è*: <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione	
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:

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@iss.it **entro il 24 aprile 2018**. 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 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.....