



Mod. S26 Rev. 6 del 10/12/2014 Pagina 1 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI ISS

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Indicare il titolo e la data del corso al quale si richiede di partecipare (una domanda per corso)
- 4) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM

TITOLO DEL CORSO: Percorsi in rete per la ricerca e l'elaborazione di linee guida

N° ID del corso: 043C15

DATA di SVOLGIMENTO: 19-20 ottobre 2015

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"/>
Indirizzo:													
Città:					Provincia:								
CAP:					Regione:								
Telefono:					Fax:								
E-mail:													
Codice Fiscale: (obbligatorio per ECM)													

DATI PROFESSIONALI (con * quelli obbligatori ai fini ECM)

Titolo di Studio* <input type="checkbox"/> Diploma di													
<input type="checkbox"/> Laurea in													
Richiede attestato ECM se previsto: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
Profilo sanitario ECM*:													
Disciplina*:													
Ordine/Collegio/Ass. Prof.le:											N.° iscriz.:		
Ente di appartenenza:													
Indirizzo:													
Città:					Provincia:								
CAP:					Regione:								
Telefono:					Fax:								

NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria per le future comunicazioni



POSIZIONE

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

LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE E CONOSCENZE ATTINENTI AL CORSO SONO:

I MIEI INCARICHI E LE MIE ATTIVITÀ SONO:

IL CORSO MI SARÀ UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI:

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda, debitamente compilata e sottoscritta, deve essere inviata alla Segreteria Scientifica al fax n. 0649387117 entro il 2 ottobre 2015.

Per le modalità di selezione ed ammissione al corso, si rimanda al programma di dettaglio.

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

Non verranno considerate valide le domande prive della firma.

Firma.....

Data.....

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 amministrativi concernenti il rapporto di collaborazione con questo Istituto 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 degli stessi. Si informa inoltre che il titolare del trattamento è l'Istituto Superiore di Sanità.

Firma.....

Data.....