



Mod. S26 Rev. 5 del 10/09/2013 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: LE RISORSE INFORMATIVE BIOMEDICHE A CARATTERE PERIODICO
NEL WEB: PERCORSI DI RICERCA**

N° ID del corso: 006C14

DATA di SVOLGIMENTO: dal 27/10/2014 al 28/10/2014

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 (da compilare accuratamente 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: Sì <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 n. 0649902591 nei tempi indicati sul programma della manifestazione. Per le modalità di selezione e ammissione al corso, si rimanda al programma di dettaglio del corso stesso. Si intendono ammessi a partecipare solo coloro che ne riceveranno comunicazione.

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.....