



Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Scrivere in modo leggibile (le domande illeggibili non potranno essere considerate)
- 2) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM

TITOLO DELL'EVENTO: **XIII Corso "Epidemiologia clinica delle demenze"**

N° ID: **093C17** DATA di SVOLGIMENTO: dal **16/10/2017** al **20/10/2017**

DATI PERSONALI

Cognome:	Nome:
Luogo di nascita:	(Prov.) Data di nascita (gg/mm/aa):
Stato (se diverso da ITALIA)	Genere: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Profilo sanitario ECM*:	Disciplina*:
Ente di appartenenza:	

RECAPITI

Indirizzo:
Città: (Prov.) CAP:
Regione: Tel:
Posta elettronica (scrivere in stampatello):

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 SARA' UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI:

--

MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE: Inviare la domanda compilata e scansionata a paola.ruggeri@iss.it entro e non oltre il **17 settembre 2017**. Per le modalità di selezione e ammissione al corso, si rimanda al programma di dettaglio. Si intendono ammessi a partecipare solo coloro che ne riceveranno comunicazione scritta.

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 e 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'art. 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.....