



**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO**  
**“Valutazione osservazionale degli esiti di interventi sanitari”**  
**Roma, 21-22 Novembre 2006**

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Scrivere in modo leggibile
- 2) Rispondere a tutte le domande
- 3) Dare l'assenso al trattamento dei dati personali

**DATI ANAGRAFICI**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita:</b>	<b>Luogo di nascita:</b>
<b>Genere:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<b>Professione:</b>

**DATI DELL'ENTE DI APPARTENENZA**

<b>Nome dell'Ente:</b>	<b>Indirizzo:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>Fax :</b>
<b>Posta elettronica :</b>	
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>CAP:</b>	<b>Regione:</b>

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

**FORMAZIONE E POSIZIONE**

<b>Titolo di Studio:</b>	
<b>Posizione nell'Ente (inquadramento):</b>	
<b>Di ruolo:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Se di ruolo, specificare quale:</b>



**LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE E CONOSCENZE ATTINENTI AL CORSO SONO:**

**I MIEI INCARICHI E LE MIE ATTIVITA' SONO:**

**IL CORSO MI SARA' UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI:**

Ai sensi del D.LGS. 196/2003 sulla tutela dei dati personali si autorizza alla gestione dei dati d'archivio. **Si**  **No**   
NB: L'assenso al trattamento dei dati personali è **obbligatorio** ai fini del rilascio della attestazione di partecipazione.

**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 del richiedente

.....

**DA INVIARE AL NUMERO DI FAX 06-4990.4230 O ALL'INDIRIZZO E-MAIL [gabriella.badoni@iss.it](mailto:gabriella.badoni@iss.it)  
ENTRO IL GIORNO 10 NOVEMBRE 2006**

Per informazioni relative al corso, contattare Gabriella Badoni tel. 06-4990.4235