



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: Corso di formazione per la preservazione della fertilità nei pazienti oncologici: focus in età pediatrica

N° ID del corso: 106C16

DATA di SVOLGIMENTO: 05/05/2016

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 in ogni sua parte, deve essere stampata, firmata e inviata via fax al numero 06/49904324 oppure scansionata ed inviata per email all'indirizzo lucia.speziale@iss.it – roberta.spoletini@iss.it entro il giorno 29/04/2016. 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. **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.....