



Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile. Le domande illeggibili non saranno considerate
- 2) Firmare in calce per autorizzazione. Le domande prive di firma non saranno considerate
- 3) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM

**TITOLO DELL'EVENTO: XIX CONVEGNO NAZIONALE TABAGISMO E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**N° ID: 065D17**

**DATA di SVOLGIMENTO: 31 MAGGIO 2017**

**DATI PERSONALI**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>		
<b>Data di nascita (gg/mm/aa):</b>	<b>Luogo di nascita:</b>	<b>(Prov. )</b>	
<b>Stato (se diverso da ITALIA)</b>	<b>Genere:</b>	<b>M</b> <input type="checkbox"/>	<b>F</b> <input type="checkbox"/>
<b>CODICE FISCALE* (obbligatorio per ECM):</b>			

**DATI PROFESSIONALI** (con \* quelli obbligatori ai fini ECM)

<b>Titolo di Studio*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Diploma di</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Laurea in</b>
<b>Richiede attestato ECM se previsto:</b>	<b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
<b>Profilo sanitario ECM*:</b>	
<b>Disciplina*:</b>	
<b>Ente di appartenenza:</b>	

**RECAPITI**

<b>Indirizzo:</b>	
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>CAP:</b>	<b>Regione:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>Email*:</b>

**NB: i recapiti indicati verranno utilizzati dalla Segreteria organizzativa per le comunicazioni**

**POSIZIONE**

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



**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 49902016** oppure scansionata ed inviata per email all'indirizzo [antonella.bacosi@iss.it](mailto:antonella.bacosi@iss.it) entro il giorno 30 maggio 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. **Non verranno considerate valide le domande prive della firma.**

**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 ed 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'articolo 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.....**