



Mod. S26 Rev. 1 del 29/09/10, Pagina 1 di 2  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI ISS**  
A iscrizione gratuita

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) 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

TITOLO DEL CORSO: **1° Corso di Formazione per la preservazione della fertilità nelle pazienti oncologiche**

N° ID del corso: **037C11** DATA di SVOLGIMENTO: **03/10/2011**

**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: Via		
Città:	Provincia:	
CAP:	Regione:	
Telefono:	Fax:	
Posta elettronica:	Codice Fiscale:	

**DATI PROFESSIONALI**

Titolo di Studio:	
Profilo sanitario ECM:	Richiede attestato ECM se previsto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ente di appartenenza:	
Indirizzo: Via	
Città:	Provincia:
CAP:	Regione:
Telefono:	Fax:

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



Mod. S26 Rev. 1 del 29/09/10, Pagina 2 di 2  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI ISS**  
A iscrizione gratuita

**POSIZIONE**

Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):	
Inquadramento nell'Ente:	
Di ruolo:      Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se di ruolo, specificare quale:

**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:**

------------------------------

**MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:**

Inviare la domanda compilata al fax **06 49904324** entro e non oltre il **28 settembre 2011**. Si intendono ammessi a partecipare solo coloro che ne riceveranno comunicazione scritta.

**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.....