



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 al trattamento dati. Le domande prive di firma non saranno considerate.
- 3) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati contrassegnati con asterisco (*) che sono obbligatori ai fini dell'accreditamento ECM, se previsto.

TITOLO DELL'EVENTO: *XIV Convegno ATTIVITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA IN MATERIA DI CONTROLLO DEI PRODOTTI FITOSANITARI E DEI RESIDUI DI FITOFARMACI NEGLI ALIMENTI*

N° ID: 078D18 **DATA di SVOLGIMENTO:** 22 novembre 2018

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"/>
CODICE FISCALE* (obbligatorio per ECM):	

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio (sempre obbligatorio) <input type="checkbox"/> Diploma di <input type="checkbox"/> Laurea in
Richiede crediti ECM se previsti*: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Profilo sanitario ECM*:
Disciplina*:
Il partecipante è*: <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione
Ente di appartenenza:
Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):
Qualifica:
Di ruolo: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se di ruolo, specificare inquadramento:

RECAPITI

Indirizzo:	
Città:	Provincia:
CAP:	Telefono:
Email:	

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE

La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere firmata e inviata per email agli indirizzi: patrizia.stefanelli@iss.it, silvana.girolimetti@iss.it oppure stampata, firmata e inviata via fax, al n° 06 49902358 **entro il giorno 19 novembre 2018** Per le eventuali modalità di selezione e ammissione, si rimanda al programma di dettaglio. **Non verranno considerate valide le domande prive della firma.**

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati correttamente 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 dal Regolamento, 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.....**