



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: Corso di formazione per la preservazione della fertilità nei pazienti oncologici

N° ID: 184C18

DATA di SVOLGIMENTO: 04/12/2018

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 <input type="checkbox"/> Diploma di (sempre obbligatorio) <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 NB: tutte le comunicazioni e i documenti relativi all'evento saranno inviati al recapito indicato.

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 all'indirizzo lucia.speziale@iss.it o tramite fax allo 0649904324 entro il giorno 26/11/2018. Per le eventuali modalità di selezione e ammissione, 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 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.....



I MIEI INCARICHI E LE MIE ATTIVITÀ SONO:

LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE E CONOSCENZE ATTINENTI L'EVENTO SONO:

LA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO MI SARÀ UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI: