



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: I Consulenti Familiari a 40 anni dalla loro nascita tra passato, presente e futuro**N° ID:** 098D19**DATA di SVOLGIMENTO:** 12 dicembre 2019**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"/>	Richiede crediti CNOAS se previsti: Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Profilo sanitario ECM*:	
Disciplina ECM*:	
Il partecipante è*: <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione Dichiara inoltre* di essere reclutato da azienda commerciale operante in ambito sanitario: Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ⁽¹⁾	
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:

⁽¹⁾ Si considera "reclutato" il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.

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 marina.pediconi@iss.it entro il 5 dicembre 2019. 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.....**