



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: Costituzione della rete pediatria-neuropsichiatria infantile per la diagnosi precoce dei Disturbi del Neurosviluppo

N° ID: 088D17

DATA di SVOLGIMENTO: 9 Settembre 2017

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*:

RECAPITI

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

NB: è obbligatorio indicare almeno un recapito da utilizzare per le comunicazioni.

POSIZIONE

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:

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE

La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere stampata, firmata e inviata via fax al numero +39 0649902040 oppure scansionata ed inviata per email all'indirizzo marialuisa.scattoni@iss.it entro il giorno **5 settembre 2017**. 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 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.....