



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 PROGETTI ISS - REGIONI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLA NASCITA IN ITALIA

N° ID: 002D18

DATA di SVOLGIMENTO: 12 gennaio 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*:	

RECAPITI\* NB: tutte le comunicazioni e i documenti relativi all'evento saranno inviati al recapito indicato

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

### 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 domanda di iscrizione, disponibile alle pagine **www.iss.it** e **www.epicentro.iss.it**, dovrà essere debitamente compilata, firmata ed inviata alla Segreteria Organizzativa al seguente indirizzo e-mail: **marina.pediconi@iss.it** entro e non oltre l'8 gennaio 2018.

**Non verranno considerate valide le domande prive della firma.**

I partecipanti saranno selezionati fino al numero di 200, in base all'ordine di arrivo delle domande di iscrizione alla e-mail: **marina.pediconi@iss.it**.

### **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.....**