



Domanda di iscrizione ai CORSI ISTITUZIONALI DI PERFEZIONAMENTO IN SANITÀ PUBBLICA 2004

Istruzioni per la compilazione della domanda:

1. Scrivere in maiuscolo
2. Rispondere a tutte le domande
3. Compilare una domanda specifica per ogni singolo corso per un massimo di 6 corsi

LE DOMANDE INCOMPLETE NON POTRANNO ESSERE PRESE IN CONSIDERAZIONE

DATI ANAGRAFICI

| | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------|---|
| Cognome: | <input style="width: 95%;" type="text"/> | | |
| Nome: | <input style="width: 95%;" type="text"/> | | |
| Luogo di nascita: | <input style="width: 95%;" type="text"/> | Prov: | <input style="width: 50%;" type="text"/> |
| Data di nascita: (gg/mm/anno) | <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> | | |
| Genere: | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Titolo professionale: | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Codice Fiscale: | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |

TITOLO DEL CORSO AL QUALE SI CHIEDE L'ISCRIZIONE (Cod.)

DATI DELL'ENTE DI APPARTENENZA

| | |
|--|--|
| Ente di appartenenza (Si indichi la categoria del proprio ente di appartenenza) | |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | |
| Nome (dell'ente) (Inserire, per esteso, il nome completo dell'Ente di appartenenza) | |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | |
| Indirizzo (dell'ente) | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| Città (dell'ente) | <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> CAP (dell'ente) <input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> |
| Regione (dell'ente) | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |

DATI DA UTILIZZARE PER LE SUCCESSIVE COMUNICAZIONI

| | | | |
|-----------------------------|---|-------------------------------|--|
| Telefono (pref./num) | <input style="width: 95%;" type="text"/> | Telefono 2 (pref./num) | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| Fax(pref./num) | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Posta elettronica | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |

FORMAZIONE E POSIZIONETitoli di studio (es. Laurea in Medicina) Profilo Sanitario ECM Posizione nell'ente (inquadramento) Se "DI RUOLO" specificare un ruolo professionale **DATI RELATIVI ALL'EVENTUALE ORDINE, COLLEGIO O ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE**Nome Regione o provincia Indirizzo Numero di iscrizione

Esempio: Nome: Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri
 Regione o Provincia: Roma
 Indirizzo: Via G. B. de Rossi, 9 - 00161 - Roma
 Numero di iscrizione: h4tf55487

LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE E CONOSCENZE ATTINENTI AL CORSO:**I MIEI INCARICHI E/O ATTIVITÀ SONO I SEGUENTI****IL CORSO MI SARÀ UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI**

Ai sensi del D.LGS. 196/2003 sulla tutela dei dati personali si autorizza alla gestione dei dati d'archivio. Sì No
 NB: L'assenso al trattamento dei dati personali è obbligatorio ai fini del rilascio della attestazione di partecipazione.

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 amministrativi concernenti il rapporto di collaborazione con questo Istituto 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 degli stessi. Si informa inoltre che il titolare del trattamento è l'Istituto Superiore di Sanità.

Da inviare al fax: 06.4990.4134
 Ufficio Relazioni Esterne
 Istituto Superiore di Sanità
 V.le Regina Elena, 299 - 00161 - Roma

Firma del richiedente

.....

