



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:** Sistema di Sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia**N° ID:** 173D19**DATA di SVOLGIMENTO:** 26 novembre 2019**DATI PERSONALI**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Data di nascita (gg/mm/aa):</b>	<b>Luogo di nascita:</b> (Prov. )
<b>Stato (se diverso da ITALIA)</b>	<b>Genere:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
<b>CODICE FISCALE* (obbligatorio per ECM):</b>	

**DATI PROFESSIONALI**

<b>Titolo di Studio</b> <input type="checkbox"/> Diploma di (sempre obbligatorio) <input type="checkbox"/> Laurea in	
<b>Richiede crediti ECM se previsti*:</b> Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Richiede crediti CNOAS se previsti:</b> Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Profilo sanitario ECM*:</b>	
<b>Disciplina ECM*:</b>	
<b>Il partecipante è*:</b> <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione <b>Dichiara inoltre* di essere reclutato da azienda commerciale operante in ambito sanitario:</b> Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <sup>(1)</sup>	
<b>Ente di appartenenza:</b>	
<b>Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):</b>	
<b>Qualifica:</b>	
<b>Di ruolo:</b> Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Se di ruolo, specificare inquadramento:</b>

<sup>(1)</sup> 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.**

<b>Indirizzo:</b>	
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>CAP:</b>	<b>Telefono:</b>
<b>Email:</b>	

**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](mailto:marina.pediconi@iss.it) entro il 15 novembre 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.....**