



Mod. S26 Rev. 4 del 14/01/2013, Pagina 1 di 1
DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI ISS
a partecipazione gratuita

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Scrivere in modo leggibile (le domande illeggibili non potranno essere considerate)
 2) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM

TITOLO DEL CORSO: **IX Corso "Strumenti e metodi per l'analisi delle prescrizioni farmaceutiche"**

N° ID del corso: **010C14** DATA di SVOLGIMENTO: dal **30/6/2014** al **2/7/2014**

DATI PERSONALI

Cognome:	Nome:	
Luogo di nascita:	(Prov.)	Data di nascita (gg/mm/aa):
Stato (se diverso da ITALIA)	Genere: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Via:		
Città:	(Prov.)	CAP:
Regione:	Tel:	Fax:
Posta elettronica (scrivere in stampatello):		
Codice Fiscale:		

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio	<input type="checkbox"/> Diploma di
	<input type="checkbox"/> Laurea in
Profilo sanitario ECM:	Richiede attestato ECM se previsto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ordine/Collegio/ASS. prof. li:	N.° iscrizione:
Ente di appartenenza:	
Via:	
Città:	(Prov.) CAP:
Regione:	Tel: Fax:

NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria per le future comunicazioni

POSIZIONE

Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero, etc.):	
Inquadramento nell'Ente:	
Di ruolo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se di ruolo, specificare quale:

LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE E CONOSCENZE ATTINENTI AL CORSO SONO:

--

I MIEI INCARICHI E LE MIE ATTIVITA' SONO:

--

IL CORSO MI SARA' UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI:

--

MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE: Inviare la domanda compilata al fax **06 49904248** entro e non oltre il **30 maggio 2014**. Per le modalità di selezione e ammissione al corso, si rimanda al programma di dettaglio del corso stesso. Si intendono ammessi a partecipare solo coloro che ne riceveranno comunicazione scritta.

Firma.....

Data.....

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'art. 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.

Firma.....

Data.....