



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

**TITOLO DEL CORSO: I Corso Introduttivo "Uso epidemiologico delle fonti di dati sanitari correnti"**

N° ID del corso: **56C13** DATA di SVOLGIMENTO: dal **3/4/2013** al **5/4/2013**

**DATI PERSONALI**

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

**DATI PROFESSIONALI**

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

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

**POSIZIONE**

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

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 **20 febbraio 2013**. 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.



**Mod. S26 Rev. 4 del 14/01/2013, Pagina 2 di 1**  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI ISS**  
**a partecipazione gratuita**

Firma.....

Data.....