



**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: **XXIII Corso Introduttivo di Farmacoepidemiologia**

N° ID del corso: **08C14** DATA di SVOLGIMENTO: dal **7/4/2014** al **11/4/2014**

**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>Posta elettronica</b> (scrivere in stampatello):	
<b>Codice Fiscale:</b> (obbligatorio per ECM)	

**DATI PROFESSIONALI**

<b>Titolo di Studio</b> <input type="checkbox"/> <b>Diploma di</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Laurea in</b>	
<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>Qualifica:</b>	
<b>Di ruolo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>	<b>Se di ruolo, specificare inquadramento:</b>

LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE E CONOSCENZE ATTINENTI AL CORSO SONO:

--

I MIEI INCARICHI E LE MIE ATTIVITÀ 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 **3 marzo 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.....