



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.

**XIII CONVEGNO “Il contributo dei centri per i disturbi cognitivi e le demenze nella gestione integrata dei pazienti”**

N° ID: 088D19

DATA di SVOLGIMENTO: 14-15 novembre 2019

**DATI PERSONALI**

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

**DATI PROFESSIONALI**

<b>Titolo di Studio</b> (sempre obbligatorio)	<input type="checkbox"/> Diploma di
	<input type="checkbox"/> Laurea in
<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**

L'iscrizione deve essere effettuata inviando il modulo, compilato firmato e scansionato, via email all'indirizzo [patologiecomplesse.neuro@iss.it](mailto:patologiecomplesse.neuro@iss.it) entro l'8 novembre 2019. 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.....