



Mod. S26 Rev. 6 del 10/12/2014 Pagina 1 di 2  
DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI ISS

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Indicare il titolo e la data del corso al quale si richiede di partecipare (una domanda per corso)
- 4) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM

**TITOLO DEL CORSO: La relazione professionale tra l'odontoiatra e la persona con patologia infettiva**

**N° ID del corso: 149C16**

**DATA di SVOLGIMENTO: 6-7 DICEMBRE 2016**

**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:</b>	<b>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></b>
<b>Indirizzo:</b>		
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>	
<b>CAP:</b>	<b>Regione:</b>	
<b>Telefono:</b>	<b>Fax:</b>	
<b>E-mail:</b>		
<b>Codice Fiscale:</b> (obbligatorio per ECM)		

**DATI PROFESSIONALI** (con \* quelli obbligatori ai fini ECM)

<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.le:</b>	<b>N.° iscriz.:</b>
<b>Ente di appartenenza:</b>	
<b>Indirizzo:</b>	
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>CAP:</b>	<b>Regione:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>Fax:</b>

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



**POSIZIONE**

<b>Tipologia dell'Ente</b> (Az. Sanitaria, Ministero etc.):	
<b>Qualifica:</b>	
<b>Di ruolo:</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<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 SARÀ UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI:**

------------------------------

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:**

La domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere stampata, firmata e inviata via fax al numero 0649902813 oppure scansionata ed inviata per email all'indirizzo sgp.mipi@iss.it entro il giorno 25 novembre 2016. Per le modalità di selezione e ammissione al corso, 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.**

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'articolo 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.....