



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.
- 4) Prestare particolare attenzione alle modalità di iscrizione e al pagamento della relativa quota.

**TITOLO dell'EVENTO:** Gli OPBA e la Valutazione Tecnico Scientifica dei progetti sperimentali con animali: procedure, contenuti e professionalità (artt. 25 e 26 del D.L.gs. n.26/14) - Seconda edizione 2017

**N° ID:** 190C17

**DATA di SVOLGIMENTO:** 10-11 ottobre 2017

#### 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</b> <input type="checkbox"/>	<b>F</b> <input type="checkbox"/>
<b>CODICE FISCALE* (obbligatorio per ECM):</b>			

#### DATI PROFESSIONALI

<b>Titolo di Studio</b> (sempre obbligatorio)	<input type="checkbox"/> <b>Diploma di</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Laurea in</b>
<b>Richiede crediti ECM se previsti*:</b>	<b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
<b>Profilo sanitario ECM*:</b>	
<b>Disciplina*:</b>	

**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>	

#### POSIZIONE

<b>Ente di appartenenza:</b>	
<b>Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):</b>	
<b>Qualifica:</b>	
<b>Di ruolo:</b> <b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Se di ruolo, specificare inquadramento:</b>



**Gli spazi seguenti sono dedicati alla raccolta di informazioni utili alla selezione dei partecipanti.**

**I MIEI INCARICHI E LE MIE ATTIVITÀ SONO:**

**LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE E CONOSCENZE ATTINENTI L'EVENTO SONO:**

**LA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO MI SARÀ UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI:**

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE**

La domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere stampata, scansionata e inviata alla Segreteria Organizzativa all'indirizzo e-mail [segr-ssa@iss.it](mailto:segr-ssa@iss.it) **entro e non oltre il 17 settembre 2017**. Si intendono ammessi a partecipare solo coloro che ne riceveranno comunicazione all'indirizzo e-mail indicato nella presente domanda. Non verranno considerate valide le domande prive della firma.

**La partecipazione all'evento è subordinata al pagamento di una quota di iscrizione di € 200,00** (con l'aggiunta di € 2 di bollo - operazione esente da IVA ai sensi dell'art. 10 comma 20 D.P.R. 633/1972) che andrà versata solo da coloro che avranno ricevuto la comunicazione di ammissione al corso e dopo conferma della propria partecipazione.

La quota è stabilita dal "TARIFFARIO SERVIZI A PAGAMENTO" in vigore dal 9 aprile 2015 (GU Serie generale n.82 del 9/4/2015, e s.m.i.).

La quota di iscrizione è dovuta per intero anche se non si partecipa a tutte le giornate della manifestazione e deve essere versata inderogabilmente prima dell'inizio della manifestazione.

Le modalità di pagamento verranno fornite contestualmente alla comunicazione di ammissione al corso.

Le spese di viaggio e soggiorno sono a carico del partecipante.

Ai fini dell'accREDITAMENTO ECM, all'atto dell'iscrizione è indispensabile fornire il codice fiscale ed indicare professione e disciplina sanitaria.

**Modalità di selezione dei partecipanti:**

La selezione sarà svolta entro il **21 settembre 2017** e comunicata agli interessati via e-mail.

Al partecipante è richiesto di inviare alla Segreteria Organizzativa conferma o disdetta della propria partecipazione, via e-mail all'indirizzo: [segr-ssa@iss.it](mailto:segr-ssa@iss.it)

La selezione delle domande pervenute avverrà secondo i seguenti criteri:

- attinenza del profilo professionale con i contenuti del corso
- ordine cronologico di ricezione delle domande

**Si intendono ammessi a partecipare solo coloro che ne riceveranno la comunicazione.**



**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

**Prima di procedere al pagamento, attendere e-mail di conferma di ammissione al corso da parte della Segreteria Scientifica e, qualora prevista, la fattura elettronica.**

Coloro che riceveranno la comunicazione di ammissione al corso saranno tenuti a effettuare il pagamento della quota di iscrizione, tramite bonifico bancario, **entro e non oltre il 2 ottobre 2017 e**, inoltre, a **inviare copia dell'ordine di bonifico alla Segreteria Scientifica/Organizzativa** ai recapiti sopra indicati.

**Per i bonifici da eseguire in Italia:**

Nuova Banca delle Marche - Tesoreria dell'Istituto Superiore di Sanità  
IBAN: IT13 C060 5503 2270 0000 0000 001

**Per bonifici dall'estero:**

Nuova Banca delle Marche - Tesoreria dell'Istituto Superiore di Sanità  
IBAN: IT13 C060 5503 2270 0000 0000 001  
SWIFT BIC: BAMAIT3AXXX

**Per gli enti ed organismi pubblici in regime di Tesoreria unica si può ricorrere al conto di Tesoreria Centrale – Banca d'Italia, intestato all'Istituto Superiore di Sanità:**

IBAN: IT65U0100003245350200022349

**CAUSALE DEL BONIFICO: Nome e cognome del partecipante – Iscrizione all'evento ID181C17**

**DATI PER LA FATTURAZIONE**

*Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'art. 46 T.U. 445/2000. Le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi delle vigenti norme penali.*

**Denominazione della persona fisica o giuridica alla quale intestare la fattura:**

<b>Via:</b>	<b>Città:</b>	<b>CAP:</b>
<b>Partita IVA/Codice fiscale:</b>		

**I soggetti destinatari della fattura elettronica dovranno indicare anche:**

<b>Codice IPA:</b>	<b>CIG:</b>	<b>CUP:</b>
--------------------	-------------	-------------

**MODALITÀ DI DISDETTA PER LE MANIFESTAZIONI CON QUOTA DI ISCRIZIONE:**

È attribuito a ciascun partecipante il diritto di recesso ai sensi dell'art. 1373 del Codice Civile che dovrà essere comunicato con disdetta (indicando chiaramente titolo, codice e data di svolgimento della manifestazione) da inviare via fax o e-mail alla Segreteria Scientifica e potrà essere esercitato nelle seguenti modalità:

- fino a 10 giorni lavorativi prima dell'inizio della manifestazione, il partecipante potrà recedere senza versare alcun corrispettivo all'ISS, che pertanto provvederà al rimborso dell'intera quota di iscrizione.
- oltre il termine di cui sopra o fino al giorno di inizio della manifestazione, verrà emessa fattura e non verrà rimborsata alcuna quota.

**Data:**

**Firma .....**

**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 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 dall'articolo 13 della predetta legge ed 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 .....**