|  |
| --- |
| 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. |

**TITOLO dell'EVENTO:** **Primo Convegno Nazionale Salute è Giustizia nella πόλις carceraria**

**N° ID:** 177D19 **DATA di SVOLGIMENTO:** 13 dicembre 2019

**DATI PERSONALI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome:** | | **Nome:** | |
| **Data di nascita (gg/mm/aa):** | | **Luogo di nascita:** **(Prov.** **)** | |
| **Stato (se diverso da ITALIA)** | | | **Genere: M**  **F** |
| **CODICE FISCALE\* (obbligatorio per ECM):** |  | | |

**DATI PROFESSIONALI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titolo di Studio**  (sempre obbligatorio) | **Diploma di** | | | |
| **Laurea in** | | | |
| **Richiede crediti ECM se previsti\*: SÌ**  **NO** | | | **Richiede crediti CNOAS se previsti: SÌ** □ **NO** □ | |
| **Profilo sanitario ECM\*:** | | | | |
| **Disciplina ECM\*:** | | | | |
| **Il partecipante è\*:**  **Dipendente** **Libero professionista** **Convenzionato** **Privo di occupazione**  **Dichiara inoltre\* di essere reclutato da azienda commerciale operante in ambito sanitario: SÌ**  **NO** (1) | | | | |
| **Ente di appartenenza:** | | | | |
| **Tipologia dell’Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):** | | | | |
| **Qualifica:** | | | | |
| **Di ruolo: SÌ**  **NO** | | **Se di ruolo, specificare inquadramento:** | | |
| (1) 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.** | | | | |
| **Indirizzo:** | | | | |
| **Città:** | | | | **Provincia:** |
| **CAP:** | | | | **Telefono:** |
| **Email:** | | | | |

#### MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE

La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere firmata e inviata per email all'indirizzo rosanna.fidente@iss.it o promozione@cesv.org entro il **30 novembre 2019**. Per le eventuali modalità di selezione e ammissione, 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.**

**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………………………………………**