



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:** *SPitOSS: risultati e valutazione di fattibilità di un sistema di sorveglianza della mortalità perinatale in Italia***N° ID:** 008D20**DATA di SVOLGIMENTO:** 23 gennaio 2020**DATI PERSONALI**

|  |  |
|--|--|
| <b>Cognome:</b>                                | <b>Nome:</b>   |
| <b>Data di nascita (gg/mm/aa):</b>             | <b>Luogo di nascita:</b> (Prov. )                                    |
| <b>Stato (se diverso da ITALIA)</b>            | <b>Genere:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| <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>Richiede crediti ECM se previsti*:</b> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  | <b>Richiede crediti CNOAS se previsti:</b> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Profilo sanitario ECM*:</b>   |  |
| <b>Disciplina ECM*:</b>  |  |
| <b>Il partecipante è*:</b> <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione<br><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>   |

(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.**

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| <b>Indirizzo:</b> |                   |
| <b>Città:</b>     | <b>Provincia:</b> |
| <b>CAP:</b>       | <b>Telefono:</b>  |
| <b>Email:</b>     |                   |

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE**

La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere firmata e inviata per email all'indirizzo [claudia.ferraro@iss.it](mailto:claudia.ferraro@iss.it) entro il 15 gennaio 2020. 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**.....