

## SCHEDA DI ISCRIZIONE AI CORSI CNT

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente ed inviare per mail oppure scrivere in modo leggibile e trasmettere via fax
- 2) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM

**TITOLO DELL' EVENTO:** La comunicazione multidisciplinare nella gestione della complessità clinica nei trapianti

**DATA di SVOLGIMENTO:** 20 marzo 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:</b>	<b>M      F</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>E-mail PEC:</b>			

### DATI PROFESSIONALI

<b>Titolo di Studio</b>	<b>Diploma di</b>		
	<b>Laurea in</b>		
<b>Richiede attestato ECM: SI <input type="checkbox"/>                      NO <input type="checkbox"/></b>			
<b>Profilo sanitario: Medico Chirurgo <input type="checkbox"/>    Infermiere <input type="checkbox"/>    Infermiere Pediatrico <input type="checkbox"/>    Psicologo <input type="checkbox"/></b>			
<b>Disciplina:</b>			
<b>Ordine/Collegio/Ass. Prof.le:</b>			<b>N.° iscriz.:</b>
<b>Ente di appartenenza:</b>			
<b>Reparto/Laboratorio:</b>			
<b>Indirizzo:</b>			
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>		
<b>CAP:</b>	<b>Regione:</b>		
<b>Telefono:</b>	<b>Fax:</b>		

**POSIZIONE**

<b>Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):</b>
<b>Ruolo: Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/></b>

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE:**

La domanda, debitamente compilata e firmata deve essere inviata tramite mail al seguente indirizzo [formazione.cnt@iss.it](mailto:formazione.cnt@iss.it) oppure trasmessa via fax al seguente numero 0649904101 **entro l'8 marzo 2019**

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.....