

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

Cognome:	Nome:		
Data di nascita (gg/mm/aa):	Luogo di nascita:		(Prov.)
Stato (se diverso da ITALIA)		Genere:	M F
Indirizzo:			
Città:	Provincia:		
CAP:	Regione:		
Telefono:	Fax:		
E-mail:			
E-mail PEC:			

DATI PROFESSIONALI

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

POSIZIONE

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

MODALITÀ DI ISCRIZIONE:

La domanda, debitamente compilata e firmata deve essere inviata tramite mail al seguente indirizzo 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.....