|  |
| --- |
| 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: Effetti sulla salute dei cambiamenti climatici nella Vision “*Planetary Health*”**

**N° ID: 114D18 DATA di SVOLGIMENTO: 6 marzo 2018**

**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** □  |  |
| **Profilo sanitario ECM\*:**  |
| **Disciplina\*:** |
| **Il partecipante è\*:** □ **Dipendente** □ **Libero professionista** □ **Convenzionato**  □ **Privo di occupazione** |
| **Ente di appartenenza:** |
| **Tipologia dell’Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):** |
| **Qualifica:** |
| **Di ruolo: SÌ** □ **NO** □ | **Se di ruolo, specificare inquadramento:** |
| **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 **formazione.acqua@iss.it** entro il giorno **1 marzo 2018.** Per le eventuali modalità di selezione e ammissione, si rimanda al programma di dettaglio.

**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………………………………………**