



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO:

METODI E STRUMENTI PER LA COSTRUZIONE E LA GESTIONE DI REGISTRI DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE E INTEGRAZIONE CON ALTRI FLUSSI INFORMATIVI

Istituto Superiore di Sanità (Aula Bovet), 6 – 7 Ottobre 2005

Istruzioni per la compilazione della domanda:

1. scrivere in maiuscolo
2. rispondere a tutte le domande
3. compilare una domanda specifica per ogni singolo corso per un massimo di 6 corsi

LE DOMANDE INCOMPLETE NON POTRANNO ESSERE PRESE IN CONSIDERAZIONE

DATI ANAGRAFICI

Cognome:

Nome:

Luogo di nascita:

Data di nascita (gg/mm/anno):/...../.....

Genere: M F **Titolo professionale:**

Codice fiscale:

DATI DELL'ENTE DI APPARTENENZA

Ente di appartenenza (si indichi la categoria del proprio Ente di appartenenza):
.....

Nome (dell'Ente) (Inserire, per esteso, il nome completo dell'Ente di appartenenza)
.....

Indirizzo (dell'Ente):

Città (dell'Ente):CAP (dell'Ente):.....

Regione (dell'Ente):

DA UTILIZZARE PER LE SUCCESSIVE COMUNICAZIONI

Telefono (pref./num.): Telefono 2 (pref./num.):.....

Fax (pref./num.):

Posta elettronica:

FORMAZIONE E POSIZIONE

Titolo di studio (es. Laurea in Medicina):

Profilo Sanitario ECM:
.....

Posizione nell'Ente (inquadramento):

Se "DI RUOLO" specificare un ruolo professionale:

LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE ATTINENTI AL CORSO:

.....
.....
.....

I MIEI INCARICHI E/O ATTIVITA' SONO SEGUENTI

.....
.....
.....

IL CORSO MI SARA' UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI

.....
.....
.....

Ai sensi del D.LGS. 196/2003 sulla tutela dei dati personali si autorizza alla gestione dei dati d'archivio SI NO
NB: L'assenso al trattamento dei dati personale è obbligatorio ai fini del rilascio della attestazione della partecipazione.

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente ai 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.

**Inviare il Modulo compilato
entro il 26 settembre 2005
al fax: 06 - 4990 4370**

Firma del richiedente

**Direttore del Corso
Dr.ssa Domenica Taruscio
Centro Nazionale Malattie Rare
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299
01161 Roma
malattierare@iss.it**

.....