



Mod. S26 Rev. 0 del 18/09/09, Pagina 1 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI ISS
A iscrizione gratuita

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Indicare il titolo e la data del corso al quale si richiede di partecipare (una domanda per corso)
- 4) Compilare tutti i campi richiesti

TITOLO DEL CORSO: *I disturbi del comportamento alimentare: strategie e modelli organizzativi per un centro di riferimento*

N° ID del corso: 096C09

DATA di SVOLGIMENTO: dal 18/03/2010 al 19/03/2010

DATI PERSONALI

Cognome:	Nome:		
Data di nascita (gg/mm/aa):	Luogo di nascita:	(Prov.)	
Stato (se diverso da ITALIA)	Genere:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Indirizzo: Via			
Città:	Provincia:		
CAP:	Regione:		
Telefono:	Fax:		
Posta elettronica:	Codice Fiscale:		

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio:			
Profilo sanitario ECM: <input type="checkbox"/>	Richiede attestato ECM se previsto: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ente di appartenenza:			
Indirizzo: Via			
Città:	Provincia:		
CAP:	Regione:		
Telefono:	Fax:		

NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria per le future comunicazioni



Mod. S26 Rev. 0 del 18/09/09, Pagina 2 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CORSI ISS
A iscrizione gratuita

POSIZIONE

Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):		
Inquadramento nell'Ente:		
Di ruolo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se di ruolo, specificare quale:

LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE E CONOSCENZE ATTINENTI AL CORSO SONO:

I MIEI INCARICHI E LE MIE ATTIVITA' SONO:

IL CORSO MI SARA' UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI:

MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

Il presente modulo debitamente compilato e firmato deve essere inviato trasmessa via fax alla segreteria tecnica (fax 0649904134).

Firma.....

Data.....

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.....