



**RICERCA CLINICA INDIPENDENTE:
ATTUALI CRITICITÀ E NUOVI SCENARI**

17 maggio 2019

organizzato da
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
E
COMITATO ETICO "LAZIO 2"

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"/>	
CODICE FISCALE* (obbligatorio per ECM):			
Titolo di Studio (sempre obbligatorio)		<input type="checkbox"/> Laurea in	
Richiede crediti ECM se previsti*: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Profilo sanitario ECM*:	
Disciplina*:			
Il partecipante è*: <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Privo di occupazione			
Ente di appartenenza:			
Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):			
Qualifica:			

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 comitatoeticolazio2@aslroma2.it entro il 10 maggio 2019. Per le eventuali modalità di selezione e ammissione, si rimanda al programma di dettaglio. Si intendono ammessi a partecipare solo coloro che ne riceveranno comunicazione. **Non verranno considerate valide le domande prive della firma.**

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati correttamente 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 dal Regolamento, 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.....