

## DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI EPIDEMIOLOGIA

A iscrizione gratuita per i dipendenti del S.S.R. del Molise

### Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Indicare l'edizione del corso al quale si richiede di partecipare
- 4) Compilare tutti i campi richiesti

### TITOLO DEL CORSO: Fondamenti di Epidemiologia per Operatori Sanitari

N° ID del corso: 12206-900868

DATE di SVOLGIMENTO (4 Edizioni)

1^ Edizione: venerdì 8 maggio 2009

2^ Edizione: venerdì 5 giugno 2009

3^ Edizione: venerdì 25 settembre 2009

4^ Edizione: venerdì 9 ottobre 2009

### DATI PERSONALI

Cognome:		Nome:	
Data di nascita (gg/mm/aa):		Luogo di nascita: (Prov. )	
Stato (se diverso da ITALIA)		Genere:	M ... F ...
Indirizzo: Via/Piazza			
Città:		Provincia:	
CAP:		Fax:	
Telefono:		Codice Fiscale:	
Posta elettronica:		Edizione Prescelta ( ) - Edizione Alternativa ( )	

### DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio:	
Richiede attestato ECM se previsto: SI ..... NO .....	
Ambito Territoriale di: AG <input type="checkbox"/> , IS <input type="checkbox"/> , CB <input type="checkbox"/> , TE <input type="checkbox"/> . - Responsabile della UO:	
Denominazione della Unità Operativa di appartenenza:	
Città:	Indirizzo: Via
Prov. ( ) CAP:	Telefono
Fax:	Cellulare

**NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla Segreteria per le future comunicazioni**

## POSIZIONE RIVESTITA NELLA ASREM

Inquadramento nella ASReM:

## LE MIE PRECEDENTI ESPERIENZE E CONOSCENZE ATTINENTI AL CORSO SONO:

## I MIEI INCARICHI E LE MIE ATTUALI ATTIVITA' SONO:

## IL CORSO MI POTRA' ESSERE UTILE PER I SEGUENTI MOTIVI:

## MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda debitamente compilata deve essere trasmessa alla Segreteria dell'Evento ECM - al numero di Fax: 0874. 409.737 o per email a: [formasl3@yahoo.it](mailto:formasl3@yahoo.it). In caso di numero di richieste eccedente la disponibilità di posti per singola edizione, la Segreteria si riserva di valutare l'ammissione sulla base del CV, delle motivazioni e della posizione rivestita o di variare l'edizione prescelta.

Firma .....

Data .....

**Informativa ai sensi del D. LGSL. 196/2003:** *La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza ed utilizzati esclusivamente a fini amministrativi. Essi non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 13 della citata Legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione e cancellazione degli stessi. Si informa che il Titolare del trattamento è la ASReM.*

Firma .....

Data .....

---

**Segreteria Organizzativa:** U.O.C. Accreditamento e Formazione ASReM (AT CB)  
Telefono e Fax: 0874. 409. 737 - Mailto: [formasl3@yahoo.it](mailto:formasl3@yahoo.it)

**Segreteria Scientifica** dell'evento: U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica – ASReM (AT IS)  
Dr. Nicola Ricci, Tel. 0865. 442. 576 Telefax: 442. 603 - Mailto: [ennericci@yahoo.it](mailto:ennericci@yahoo.it)

**Sede del Corso:** Aula Didattica II^ Piano Ospedale "A. Cardarelli", Campobasso