Istruzioni per la compilazione della domanda:

1. Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile. Le domande illeggibili non saranno considerate.
2. Selezionare l’autorizzazione al trattamento dati in calce. Le domande prive di autorizzazione non saranno considerate.
3. Compilare tutti i campi presenti, con particolare riguardo ai dati contrassegnati con asterisco (\*) che sono obbligatori ai fini dell'accreditamento ECM.

**TITOLO dell'EVENTO:** Management dei donatori di sangue: programmazione e buone pratiche al tempo della pandemia COVID – 19 (COronaVirus Disease-19)

**N° ID: 172F21** **DATA di SVOLGIMENTO:** 30/04/2021 – 30/07/2021

**DATI PERSONALI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome:** | **Nome:** |
| **Data di nascita (gg/mm/aa):** | **Luogo di nascita:** **(Prov.** **)** |
| **Stato (se diverso da ITALIA)** | **Genere: M**  **F**  |
| **CODICE FISCALE\*:** |  |

**DATI PROFESSIONALI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo di Studio\***(sempre obbligatorio) |  **Diploma di** |
|  **Laurea in**  |
| **Profilo sanitario ECM\*:**  |
| **Disciplina ECM\*:**  |
| **Ente di appartenenza\*:**  |
| **Qualifica\*:** |
| **RECAPITI NB: tutte le comunicazioni e i documenti relativi all’evento saranno inviati al recapito indicato.** |
| **Indirizzo:** |
| **Città:** | **Provincia:** |
| **CAP:** | **Telefono:** |
| **Email\***(1)**:** |

**(1) Per la successiva iscrizione in piattaforma EDUISS dovrà essere utilizzato lo stesso indirizzo email indicato.**

#### MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE

La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere inviata per email all'indirizzo segreteriagenerale.cns@iss.it **entro e non oltre il 23 aprile 2021**. Le richieste di partecipazione verranno accolte seguendo l’ordine cronologico di ricevimento, per un massimo di 300 partecipanti per i servizi trasfusionali e le strutture regionali di coordinamento e 300 partecipanti per le associazioni di volontariato. Si intendono ammessi a partecipare solo coloro che ne riceveranno comunicazione a mezzo email. Per informazioni di dettaglio si rimanda al programma del corso. **Non verranno considerate valide le domande prive di firma e dell’autorizzazione al trattamento dati.**

**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, con l’eccezione di quelli necessari all’accreditamento ECM, che saranno trasmessi all’AgeNaS per i seguiti di competenza. 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.

 **AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI**

 **Data: Firma:**