



**DOMANDA di AMMISSIONE PER CORSI E.C.M.
da inviare alla Segreteria del Corso**

Al Direttore Generale dell'INMP

Il sottoscritto (cognome e nome).....
Qualifica (se medico/psicologo indicare se dirigente di I livello - fascia A o B - oppure II livello).....
divisione o servizio
Presidio Ospedaliero/ Ente/Associazione.....
nato a(Prov.) il.....
domiciliato.....(Prov.) Via..... n.....
C.A.P. E-mail Cod.Fiscale
Tel. (abitaz.)/ Cell./
Tel. (diretto lavoro)/ Fax/.....
presenta domanda di ammissione all'INMP.

A tal proposito dichiara sotto la propria responsabilità:

- a) di essere in possesso dei requisiti propri del personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella Sanità, sia privata che pubblica,
- b) di aver conseguito la laurea/diploma in.....
presso..... in data
- c) di essere in possesso dell... specializzazione... in
- d) disciplina in cui si opera

CORSO E.C.M. “Studio socio-sanitario sperimentale per facilitare i percorsi di prevenzione, diagnosi e continuità terapeutica dell’infezione da HIV/AIDS e delle co-infezioni in gruppi socialmente ed economicamente svantaggiati”

RESPONSABILE/I DEL CORSO Morrone Aldo, Direttore Generale INMP

SEGRETARIA DEL CORSO: Società Cooperativa Sociale I Millepiedi

e-mail: millepiedi94@inwind.it

telefono: 0817590916

fax: 0815842078

DATA CORSO 3 e 4 giugno 2010

Il sottoscritto, ricevuta l’informativa di cui all’Art. 13 del D. Lgs. 196/2003 riportata sul retro della presente e preso atto dei diritti che gli derivano dal precedente art. 7 della stessa legge, esprime formale consenso a che l’INMP effettui il trattamento dei propri dati personali, nella misura necessaria e nella esclusiva finalità di adempimento di specifici obblighi contabili, fiscali e derivanti dall’attività didattica.

Data,

FIRMA (firma).....

ATTENZIONE: la domanda deve essere compilata in tutte le sue parti. In caso contrario non potrà essere considerata valida.