Le chiediamo di compilare tutti i campi e di scrivere a stampatello e in modo **leggibile** per consentirci di acquisire tutte le informazioni richieste. Le domande non leggibili non potranno essere prese in considerazione.

**DATI PERSONALI**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Provincia |  |
| Stato |  |
| Codice fiscale |  |
| Indirizzo |  |
| Città |  |
| Provincia |  |
| CAP |  |
| Regione |  |
| Telefono |  |
| Fax |  |
| Posta elettronica |  |

**DATI PROFESSIONALI**

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo di Studio |  |
| Professione |  |
| Profilo sanitario ECM |  |
| Chiede attestato ECM | SI  NO  |
| Azienda/Ente di appartenenza |  |
| Unità operativa/Servizio |  |
| Posizione/Ruolo nell’Ente |  |
| Inquadramento contrattuale | Dipendente a tempo determinato   Dipendente a tempo indeterminato   Non dipendente   Convenzionato   Libero professionista   Privo di occupazione  |
| Indirizzo sede lavoro |  |
| Città |  |
| Provincia |  |
| CAP |  |
| Regione |  |
| Telefono |  |
| Posta elettronica |  |
| Fax |  |

**ATTUALI INCARICHI E ATTIVITA’ PROFESSIONALI INERENTI I DCA**

**CORSI DI FORMAZIONE ATTINENTI AL TEMA DEI DCA**

**PRECEDENTI ESPERIENZE LAVORATIVE INERENTI I DCA**

Data………………………………………… Firma…………………………………………..

*Dichiara che le informazioni sopra riportate corrispondono a verità, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate all’art. 46 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.*

Firma…………………………………… Luogo e data……………………………………..

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:**

* *Autorizzo il Cefpas ad utilizzare i miei dati al fine di promuovere l’organizzazione di corsi, seminari, convegni e comunicazioni in materia sanitaria e per l’utilizzo dei dati stessi per i fini ECM e comunicati a terzi.*
* *Dichiaro altresì di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici e sono consapevole di poter esercitare i diritti di cui all’art. 7 del D. Lgs. 196/03*

Firma…………………………………… Luogo e data……………………………………..

**Firma del Direttore Generale e timbro dell’Azienda**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(La firma e il timbro sono necessari solo nel caso in cui il corsista partecipa in comando e l’Azienda si fa carico delle spese di partecipazione al Master)**

**MODALITA’ DI INVIO DELLA DOMANDA**

Vi chiediamo di compilare il presente modulo in tutte le sue parti, firmarlo e inviarlo **esclusivamente** tramite posta elettronica all’indirizzo [**cdf@cefpas.it**](mailto:cdf@cefpas.it) oppure a [**darma@cefpas.it**](mailto:darma@cefpas.it) entro il **28 febbraio 2017** unitamente a una copia del documento di identità e un curriculum vitae.

A parità di titoli si terrà conto della data di ricezione della domanda ai suddetti indirizzi. Qualora il numero delle domande dovesse superare il numero dei partecipanti previsti (35) si procederà ad un colloquio motivazionale anche a distanza.

Non saranno accolte domande incomplete, prive di firma e/o curricula allegati non firmati o presentate in maniera difforme dal modulo di domanda.

La sua domanda sarà esaminata per verificare il possesso dei requisiti e successivamente le sarà comunicata l’ammissione o la non ammissione al master attraverso una mail inviata dal Responsabile del Master.

L’iscrizione si perfeziona attraverso il versamento, tramite bonifico o bollettino postale, di Euro 350,00 (euro trecentocinquanta/00) qualora il partecipante sia dipendente a tempo indeterminato di una struttura sanitaria pubblica, o attraverso il versamento della prima rata (euro 500,00) qualora il partecipante sia un libero professionista.

**Assenze**: La frequenza al Master è obbligatoria ed è consentito un numero limitato di assenze, non superiore al 20% del monte ore di didattica in aula.

**Tirocinio**: il percorso formativo si completa con una attività di tirocinio di minimo 40 ore presso un Centro pubblico dedicato al trattamento dei DCA. Le spese di tirocinio sono a carico del partecipante. Il Cefpas provvederà alla copertura assicurativa per il periodo di svolgimento del tirocinio.