

Corso di formazione per la valutazione dell'efficacia
di interventi socio-sanitari per le persone con patologie psichiatriche
2° edizione 10-11 Aprile 2008
(10 solo pomeriggio e 11 intera giornata)
Istituto Superiore di Sanità, viale Regina Elena 299, Roma

Nome e Cognome _____

Data di nascita / / / / / / / /

Titolo di studio _____

Associazione di appartenenza _____

Recapito postale _____

Telefono, fax, e-mail _____

Precedenti esperienze di formazione _____

Motivazioni alla iscrizione al corso _____

Familiarità con i temi della ricerca clinica da 1 a 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nessuna									ottima

Con la firma apposta nella presente scheda, in piena conoscenza della Legge 675 del 31.12.96 sul trattamento dei dati personali ed in particolare degli articoli 11, 20, 22, 24 e 28, autorizzo l'Istituto Carlo Besta ed acconsento, sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali nei limiti della predetta legge e secondo le modalità contenute nell'informativa allegata. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____

Firma _____

**Scheda di iscrizione da inviare via fax entro il 14 marzo 2008 alla segreteria
Reparto Salute Mentale CNESPS - ISS - Roma
Isabella Cascavilla - isabella.cascavilla@iss.it tel 06 49904180 fax 06 49904182**