



Domanda di Ammissione all'Esame

rev. 03
del 2019-02-27

pag. 1 di 1

QUALIFICA PROFESSIONALE DI EPATOLOGO DEI TRAPIANTI

Il/La sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa _____
nato/a _____ Il _____ Residente a: _____
Indirizzo: _____
In qualità di _____
Tel. _____ Tel. Cellulare _____
Fax _____ e-mail _____

INOLTRA A

AISF – Associazione Italiana per lo Studio del Fegato, domanda di ammissione all'esame per la qualifica professionale di "Epatologo dei Trapianti" in conformità ai Requisiti di Idoneità Professionale nella versione in vigore.

DICHIARA:

<input type="checkbox"/> di aver ricevuto, letto e accettato i "Requisiti per la Qualifica Professionale di "Epatologo dei Trapianti" nella versione in vigore all'atto della presentazione della presente domanda e nelle successive revisioni
<input type="checkbox"/> di accettare le attività previste dal Processo di Esame per la Qualifica Professionale
<input type="checkbox"/> di avere informato i Soggetti sovraordinati e di avere il nulla osta per partecipare procedimento di Accreditamento Professionale
<input type="checkbox"/> che tutte le evidenze prodotte sono relative all'attività professionale svolta.

ALLEGA ALTRESÌ I SEGUENTI DOCUMENTI:

<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae aggiornato alla data di presentazione della documentazione, datato e firmato per esteso (possibilmente in formato Europeo)
<input type="checkbox"/> Due foto formato passaporto
<input type="checkbox"/> Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
<input type="checkbox"/> Scheda Dati compilata in tutte le sue parti, datata e firmata
<input type="checkbox"/> Scheda di Valutazione dei Requisiti di Idoneità
<input type="checkbox"/> Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia
<input type="checkbox"/> Diploma di Specializzazione per Medicina Interna / Gastroenterologia / Malattie Infettive
<input type="checkbox"/> Abilitazione all'esercizio della professione medica
<input type="checkbox"/> Dichiarazioni/Attestati richiesti dai Requisiti di Idoneità, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68: <input type="checkbox"/> Autocertificazione di aver effettuato un percorso formativo in Epatologia dei Trapianti <input type="checkbox"/> Autocertificazione di avere una buona conoscenza della lingua inglese, parlata e scritta
<input type="checkbox"/> Due lettere di referenza da parte di: un epatologo italiano ed uno straniero con comprovata esperienza nell'ambito della epatologia e trapianto di fegato, di riconosciuta fama nazionale ed internazionale
<input type="checkbox"/> Logbook del soddisfacimento dei requisiti specifici richiesti (abilità cliniche/skills)
<input type="checkbox"/> Elenco dei lavori scientifici (qualora non inserito nel CV)
<input type="checkbox"/> Ricevuta del pagamento della quota della tassa di iscrizione pari a € 400,00 (€ 200,00 per eleggibilità e € 200,00 per l'esame)

INFORMATIVA RELATIVA ALLA LEGGE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, dichiaro di essere a conoscenza che i miei dati verranno trattati dalla SPAZIO CONGRESSI S.r.l. per adempiere agli obblighi correlati alla presente domanda, inclusi quelli amministrativi e di legge. Il trattamento sarà effettuato in accordo all'informativa estesa presente al link https://appaisf.it/wpcontent/uploads/2019/01/gdpr_informativa_agli_associati.pdf nella quale sono altresì esplicitati i diritti che posso esercitare in qualità di interessato e di cui dichiaro di aver preso visione.

Titolare del trattamento: SPAZIO CONGRESSI S.r.l., nella persona del suo legale rappresentante, Via Alfredo Catalani, n. 39, 00199 Roma tel. 06 86204308 – fax. 06 86204308 - Email: spazio.c@mclink.it

Data _____

Firma _____