**TRAIN4M&H**

**OFFERTA FORMATIVA PER FUNZIONARI DELLA PUBBLICA SICUREZZA,**

**ASSISTENTI/OPERATORI SOCIALI E OPERATORI SANITARI**

**CHE OPERANO IN PRIMA LINEA NELL’ ASSISTENZA A MIGRANTI E RIFUGIATI**

**Roll-out Training**

**22 Febbraio 2019 – REGGIO CALABRIA**

**SCHEDA ISCRIZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| **COGNOME** |  |
| **NOME** |  |
| **DOCUMENTO IDENTITA’ (tipo e numero)** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **NAZIONALITA’** |  |
| **DATA e LUOGO DI NASCITA** |  |
| **INDIRIZZO** |  |
| **CITTÀ -CAP** |  |
| **MAIL** |  |
| **TELEFONO** |  |
| **ENTE DI APPARTENENZA** |  |
| **TITOLO DI STUDIO** |  |
| **PROFESSIONE** |  |
| **DISCIPLINA/SPECIALIZZAZIONE** |  |
| **ORDINE/COLLEGIO/ASS.PROF.LE** |  |
| **POSIZIONE LAVORATIVA** | Libero professionista  Dipendente  In convenzione  Altro |
| **COINVOLGIMENTO PROFESSIONALE IN AMBITO MIGRAZIONE**  (barrare una o più opzioni) | 1. Assistenza / supporto gestione agli sbarchi/operazioni SAR |
| 1. Assistenza /supporto gestione presso Hotspot |
| 1. Assistenza /supporto gestione presso CPR - CARA - HUB |
| 1. Assistenza /supporto gestione presso Centri – Progetti di Prima e Seconda Accoglienza |
| 1. Assistenza /supporto gestione presso servizi sanitari territoriali (Specificare servizio se non già indicato) |
| 1. Attività attinenti rilascio/rinnovo permessi di soggiorno; procedure visti di ingresso, di cittadinanza e asilo. |
| 1. Altro / SPECIFICARE: |

Il presente modulo deve essere compilato e inviato, unitamente alla sottoriportata Informativa sul trattamento dati firmata e a una copia del CV al seguente contatto:

**Irene M. Zaddach,** Junior Project Assistant – OIM (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni)

**[izaddach@iom.int](mailto:izaddach@iom.int)**

**La ringraziamo per essersi iscritto al corso di formazione.**

**La preghiamo di voler firmare la Dichiarazione di Consenso Informato per autorizzare OIM alla raccolta e all’ elaborazione delle informazioni che ci ha fornito.**

**Informativa**

Io sottoscritto autorizzo l’Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) e i suoi rappresentanti alla raccolta e all’utilizzo dei dati personali qui contenuti per i seguenti scopi:

1. *Registrazione dei dati forniti nel Database interno OIM ITALIA;*
2. *Elaborazione di rapporti e statistiche in forma aggregata e anonima a scopo di ricerca, pianificazione delle attività e comunicazione esterna ad OIM.*
3. *Attività di reportistica dovuta al capofila e al donatore del progetto nell’ambito del quale è realizzata l’attività di cui si beneficia*

Sono informato del fatto che l’OIM potrà condividere all’esterno i dati personali raccolti solo in forma anonima e aggregata, ovvero previa autorizzazione, fatto salvo per le finalità di cui al punto C sopraindicato.

Tale informativa è resa in conformità con i *Data Protection Principles* dell’Organizzazione Internazionale delle Migrazioni (IN/00138) e con il Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche). Entrambi sono consultabili su richiesta presso l’Organizzazione Internazionale delle Migrazioni.

**Dichiarazione di consenso informato**

Con la presente, dichiaro che, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003:

* Sono stato informato degli scopi specifici per i quali i miei dati personali vengono raccolti, usati e resi accessibili allo Staff OIM, come descritto sopra;
* Sono consapevole che i miei dati personali possono essere usati e resi disponibili per scopi secondari che sono necessari per raggiungere gli scopi specifici descritti sopra;
* Sono consapevole che possono accedere e modificare i miei dati personali su richiesta, contattando OIM;
* Sono consapevole che ritirare il consenso al trattamento dei dati può determinare l’impossibilità per OIM di fornirmi assistenza specifica dedicata;
* Dichiaro che le informazioni fornite sono vere e corrette in base alla mia conoscenza
* Sono consapevole del contenuto di questo consenso informato dopo:
  + Aver letto le clausole riportate sopra
  + Le clausole mi sono state lette o tradotte
* Rilascio in modo volontario e libero questa dichiarazione di consenso informato alla raccolta e trattamento dei miei dati da parte di OIM.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e Cognome dell’interessato**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**In qualità di provider ECM responsabile dell’accreditamento di questo corso, la Società Italiana di Medicina delle Migrazione, le chiede di firmare il consenso alla raccolta e gestione dei suoi dati personali.**

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini amministrativi concernenti il rapporto di collaborazione con questa Società scientifica di cui alla presente richiesta. Il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio al fine di adempiere agli obblighi relativi alle procedure di accreditamento ECM. I dati non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall’art. 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. Si informa inoltre che il titolare del trattamento è La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (S.I.M.M.). INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e Cognome dell’interessato**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |