



Mod. S29 Rev. 4 del 10/09/2013 Pagina 1 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI ISS

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Indicare il titolo e la data della manifestazione alla quale si richiede di partecipare
- 4) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM

**TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE: _ 2 APRILE, GIORNATA MONDIALE PER LA
CONSAPEVOLEZZA DELL'AUTISMO**

N° ID del convegno: _007D14

DATA di SVOLGIMENTO: dal 2/04/2014 al 2/04/2014

DATI PERSONALI

Cognome:		Nome:	
Data di nascita (gg/mm/aa):		Luogo di nascita: (Prov.)	
Stato (se diverso da ITALIA)		Genere: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Indirizzo:			
Città:		Provincia:	
CAP:		Regione:	
Telefono:		Fax:	
E-mail:			
Codice Fiscale: (obbligatorio per ECM)			

DATI PROFESSIONALI (da compilare accuratamente ai fini ECM)

Titolo di Studio	<input type="checkbox"/> Diploma di
	<input type="checkbox"/> Laurea in
Richiede attestato ECM se previsto: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Profilo sanitario ECM:	
Disciplina:	
Ordine/Collegio/Ass. Prof.le:	N.° iscriz.:
Ente di appartenenza:	
Indirizzo:	
Città:	Provincia:
CAP:	Regione:
Telefono:	Fax:

NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria per le future comunicazioni



POSIZIONE

Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):	
Qualifica:	
Di ruolo: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se di ruolo, specificare inquadramento:

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda, debitamente compilata deve essere stampata, firmata e inviata via fax al numero +39-06-4957821 entro il 31 marzo 2014. La domanda può essere scaricata in cartaceo dal sito www.iss.it.

Firma.....

Data.....

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

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini amministrativi concernenti il rapporto di collaborazione con questo Istituto di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'articolo 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. Si informa inoltre che il titolare del trattamento è l'Istituto Superiore di Sanità.

Firma.....

Data.....