



**Mod. S29 Rev. 0 del 18/09/09, Pagina 1 di 2**  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS**  
A iscrizione gratuita

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Indicare il titolo e la data della manifestazione al quale si richiede di partecipare
- 4) Compilare tutti i campi richiesti

TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE: **XVIII Seminario Nazionale di Farmacoepidemiologia**

N° ID della manifestazione: **12D09**

DATA DI SVOLGIMENTO: **14 dicembre 2009**

**DATI PERSONALI**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>		
<b>Data di nascita (gg/mm/aa):</b>	<b>Luogo di nascita:</b>	<b>(Prov. )</b>	
<b>Stato (se diverso da ITALIA)</b>	<b>Genere:</b>	<b>M <input type="checkbox"/></b>	<b>F <input type="checkbox"/></b>
<b>Indirizzo: Via</b>			
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>		
<b>CAP:</b>	<b>Regione:</b>		
<b>Telefono:</b>	<b>Fax:</b>		
<b>Posta elettronica:</b>	<b>Codice Fiscale:</b>		

**DATI PROFESSIONALI**

<b>Titolo di Studio:</b>			
<b>Profilo sanitario ECM:</b>	<b>Richiede attestato ECM se previsto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>		
<b>Ente di appartenenza:</b>			
<b>Indirizzo: Via</b>			
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>		
<b>CAP:</b>	<b>Regione:</b>		
<b>Telefono:</b>	<b>Fax:</b>		

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



**Mod. S29 Rev. 0 del 18/09/09, Pagina 2 di 2**  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS**  
A iscrizione gratuita

**POSIZIONE**

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

**LA DOMANDA, COMPILATA E FIRMATA, DEVE ESSERE TRASMESSA AL FAX 06 49904248**

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.....