



**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 (le domande illeggibili non potranno essere considerate)
- 2) Compilare tutti i campi richiesti

Titolo della manifestazione: **IV Convegno "Il contributo delle Unitá di Valutazione Alzheimer (UVA) nell'assistenza dei pazienti con demenza"**

N° ID della manifestazione: **18D10** data di svolgimento: **12 novembre 2010**

**DATI PERSONALI**

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

**DATI PROFESSIONALI**

<b>Titolo di Studio</b> (se laurea specificare quale):	
<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>Via:</b>	
<b>Città:</b>	<b>(Prov. ) CAP:</b>
<b>Regione:</b>	<b>Tel: Fax:</b>

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

**POSIZIONE**

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

**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.....