



Mod. S29 Rev. 3 del 14/01/2013, Pagina 1 di 1
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI ISS
a partecipazione 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, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM

TITOLO DEL CONVEGNO: **VIII CONVEGNO "IL CONTRIBUTO DELLE UNITÀ DI VALUTAZIONE ALZHEIMER (UVA) NELL'ASSISTENZA DEI PAZIENTI CON DEMENZA"**

N° ID del convegno: **024D14** DATA di SVOLGIMENTO: dal **7 novembre 2014**

DATI PERSONALI

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

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio	<input type="checkbox"/> Diploma di
	<input type="checkbox"/> Laurea in
Richiede attestato ECM se previsto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Profilo sanitario ECM:	Disciplina:
Ordine/Collegio/ASS. prof. li:	N.° iscrizione:
Ente di appartenenza:	
Via:	
Città:	(Prov.) CAP:
Regione:	Tel: Fax:

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

POSIZIONE

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

LA DOMANDA, COMPILATA E FIRMATA, DEVE ESSERE TRASMESSA AL FAX 06 49904170

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'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 l'Istituto Superiore di Sanità.

Firma.....

Data.....