



Mod. S29 Rev. 2 del 02/08/2012 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

TITOLO DEL CORSO: **VI Convegno "Il contributo delle Unità di Valutazione Alzheimer nell'assistenza dei pazienti con demenza"**

N° ID del corso: **15D12**

DATA di SVOLGIMENTO: **16 novembre 2012**

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: | |

DATI PROFESSIONALI

| | |
|--|--|
| Titolo di Studio <input type="checkbox"/> Diploma di | |
| <input type="checkbox"/> Laurea in | |
| Profilo sanitario ECM: | Richiede attestato ECM se previsto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 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: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se di ruolo, specificare inquadramento: |

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'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.....