



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

N° ID del convegno: **025D13**

DATA di SVOLGIMENTO: **15 novembre 2013**

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: 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.....