



DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS

A iscrizione gratuita

Rev. 0, 11/09/08 Pag 1 di 2

La domanda è compilabile on line all'indirizzo: <http://www.iss.it/site/reg/>

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: MEDICINA NARRATIVA E MALATTIE RARE

N° ID della manifestazione: 025D09

DATA DI SVOLGIMENTO: 26 giugno 2009

DATI PERSONALI

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

DATI PROFESSIONALI

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

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



DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS

A iscrizione gratuita

Rev. 0, 11/09/08 Pag 2 di 2

POSIZIONE

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

MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda, debitamente compilata e trasmessa online (<http://www.iss.it/site/reg/>) deve essere stampata, firmata e inviata via fax alla Segreteria indicata sul programma nei tempi indicati sul programma della manifestazione, oppure compilata a mano e inviata via fax. La domanda è disponibile su www.iss.it sezione convegni.

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.....