



DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS

A iscrizione gratuita

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

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Compilare tutti i campi richiesti

TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE:

Convegno annuale del Network Italiano Promozione Acido Folico per la Prevenzione Primaria di Difetti Congeniti

N° ID della manifestazione: 022D09

DATA DI SVOLGIMENTO: 9 ottobre 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:	
Richiede attestato ECM se previsto: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Profilo sanitario ECM: _____	
Specificare la disciplina ECM: _____	
<i>Se richiede attestato ECM è obbligatorio indicare</i>	
Ordine professionale di appartenenza: _____	
Numero d'iscrizione all'Ordine: _____	
Ente di appartenenza:	
Indirizzo ente: 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: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se di ruolo, specificare quale:

MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda, debitamente compilata deve essere firmata e inviata al numero di fax 0649904370 entro il 5 ottobre 2009.

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.....