



Mod. S29 Rev. 0 del 18/09/09, Pagina 1 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS
A iscrizione gratuita

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:

3° Convegno nazionale "Medicina narrativa e malattie rare"

N° ID della manifestazione: 066D11

DATA DI SVOLGIMENTO: 13/06/2011

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: SI <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



Mod. S29 Rev. 0 del 18/09/09, Pagina 2 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS
A iscrizione gratuita

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 (disponibile anche nel portale web del Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità, www.iss.it/cnmr) deve essere compilata, firmata e trasmessa via fax alla Segreteria Tecnica (n° 06 4990 4370) entro il 6 giugno 2011.

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.....