



Mod. S29 Rev. 5 del 10/12/2014 Pagina 1 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI ISS

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Indicare il titolo e la data della manifestazione alla quale si richiede di partecipare
- 4) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM

TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE: ALCOHOL PREVENTION DAY

N° ID del convegno: 047D17

DATA di SVOLGIMENTO: 12 aprile 2017

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: | | |
| Città: | Provincia: | |
| CAP: | Regione: | |
| Telefono: | Fax: | |
| E-mail: | | |
| Codice Fiscale: (obbligatorio per ECM) | | |

DATI PROFESSIONALI (con * quelli obbligatori ai fini ECM)

| | |
|--|---------------------|
| Titolo di Studio* <input type="checkbox"/> Diploma di | |
| <input type="checkbox"/> Laurea in | |
| Richiede attestato ECM se previsto: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Profilo sanitario ECM*: | |
| Disciplina*: | |
| Ordine/Collegio/Ass. Prof.le: | N.° iscriz.: |
| Ente di appartenenza: | |
| Indirizzo: | |
| Città: | Provincia: |
| CAP: | Regione: |
| Telefono: | Fax: |

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



Mod. S29 Rev. 5 del 10/12/2014 Pagina 2 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI ISS

POSIZIONE

| | |
|--|--|
| Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.): | |
| Qualifica: | |
| Di ruolo: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Se di ruolo, specificare inquadramento: |

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere stampata, firmata e inviata via fax al numero 06 49902016. oppure scansionata ed inviata per email all'indirizzo simonetta.dicarlo@iss.it e/o antonella.bacosi@iss.it entro il giorno 11 aprile 2017 . Per le modalità di selezione e ammissione al convegno, si rimanda al programma di dettaglio. **Non verranno considerate valide le domande prive della firma.**

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.....