



## 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:

### 1° Convegno del Coordinamento Nazionale Malformazioni Congenite

N° ID della manifestazione: 027D09

DATA DI SVOLGIMENTO: 8 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: Sì <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](http://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.....