



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: RARE DISEAS AND ORPHAN DRUGS

N° ID della manifestazione: 035D10 DATA DI SVOLGIMENTO: dal 22/02/10 al 25/02/10

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, debitamente compilata, deve essere stampata, firmata e inviata al numero di fax 06 4990 4370 entro il 15 febbraio 2010.

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.....