



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 - Prevenzione primaria delle malformazioni congenite.
Network Italiano Promozione Acido Folico**

N° ID della manifestazione: 067D11 DATA DI SVOLGIMENTO: 24 novembre 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:																						
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio (specificare denominazione laurea):	
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: 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 firmata e inviata al numero di fax 0649904370 entro il 21 novembre 2011.

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.....