



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: FIRST INTERNATIONAL WORKSHOP
CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ON RARE DISEASES**

N° ID della manifestazione: 030D12

DATA DI SVOLGIMENTO: dal 23 febbraio 2012

al 24 febbraio 2012

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:	
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

MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda, debitamente compilata e deve essere stampata, firmata e inviata via fax al numero 06.4990/4370 entro il 20 febbraio 2012.

Il partecipante sarà informato sullo stato della sua domanda tramite l'indirizzo di posta elettronica indicato nel presente modulo.

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.....