



Mod. S29 Rev. 1 del 16/04/2012 Pagina 1 di 2  
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI ISS  
a partecipazione 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 alla quale si richiede di partecipare
- 4) Compilare tutti i campi richiesti

**TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE:  
FIRST INTERNATIONAL CONGRESS "NARRATIVE MEDICINE AND RARE DISEASES"**

**N° ID del convegno: 022D12 DATA di SVOLGIMENTO: dal 04/06/2012 al 04/06/2012**

**DATI PERSONALI**

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>	
<b>Data di nascita (gg/mm/aa):</b>	<b>Luogo di nascita:</b>	<b>(Prov. )</b>
<b>Stato (se diverso da ITALIA)</b>	<b>Genere:</b>	<b>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></b>
<b>Indirizzo:</b>		
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>	
<b>CAP:</b>	<b>Regione:</b>	
<b>Telefono:</b>	<b>Fax:</b>	
<b>E-mail:</b>	<b>Codice Fiscale:</b>	

**DATI PROFESSIONALI**

<b>Titolo di Studio</b>	<input type="checkbox"/> <b>Diploma di:</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Laurea in:</b>
<b>Profilo sanitario ECM:</b>	
<b>Richiede attestato ECM se previsto: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>	
<b>Ente di appartenenza:</b>	
<b>Indirizzo:</b>	
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>CAP:</b>	<b>Regione:</b>
<b>Telefono:</b>	<b>Fax:</b>

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



**Mod. S29 Rev. 1 del 16/04/2012 Pagina 2 di 2**  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI ISS**  
**a partecipazione gratuita**

**POSIZIONE**

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

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:**

La domanda deve essere stampata, compilata, firmata e inviata via fax alla Segreteria organizzativa al numero 06 4990 4370 entro il 30 maggio 2012.

**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.....**