



Mod. S29 Rev. 3 del 14/01/2013 Pagina 1 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI ISS
a partecipazione gratuita

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate

TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE: Convegno "Salute è solidarietà: l'impegno comune per la lotta alle malattie rare"

N° ID del convegno: 052D13 DATA di SVOLGIMENTO: 28 febbraio 2013

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:		
Città:	Provincia:	
CAP:	Regione:	
Telefono:	Fax:	
E-mail:		
Codice Fiscale: (obbligatorio per ECM)		

DATI PROFESSIONALI

Ordine/Collegio/Ass. Prof.le:	N.° iscriz.:
Ente di appartenenza:	
Indirizzo:	
Città:	Provincia:
CAP:	Regione:
Telefono:	Fax:

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

POSIZIONE

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



Mod. S29 Rev. 3 del 14/01/2013 Pagina 2 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI ISS
a partecipazione gratuita

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda può essere scaricata in cartaceo dal sito www.iss.it/cnmr compilata, firmata e trasmessa via fax alla Segreteria Scientifica (06/49904423).

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.....