



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

- 1) Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile. Le domande illeggibili non potranno essere prese in considerazione.
- 2) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM.

**TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE:**

**RESPONSABILITÀ IN MEDICINA E CHIRURGIA E IN ODONTOIATRIA. ATTUALITÀ E CRITICITÀ**

N° ID del convegno: \_\_\_\_\_ DATA di SVOLGIMENTO: **17 maggio 2013**

**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</b> (se diverso da ITALIA)												<b>Genere:</b>	<b>M</b> <input type="checkbox"/>	<b>F</b> <input type="checkbox"/>		
<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> (obbligatorio per ECM)																

**DATI PROFESSIONALI** (da compilare accuratamente ai fini ECM)

<b>Titolo di Studio</b>	<input type="checkbox"/> <b>Diploma di</b>														
	<input type="checkbox"/> <b>Laurea in</b>														
<b>Richiede attestato ECM se previsto:</b> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>															
<b>Profilo sanitario ECM:</b>															
<b>Disciplina:</b>															
<b>Ordine/Collegio/Ass. Prof.le:</b>	<b>N.° iscriz.:</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. 3 del 14/01/2013** 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:</b> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>Se di ruolo, specificare inquadramento:</b>

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE**

La domanda d'iscrizione, debitamente compilata, deve essere stampata, firmata e inviata alla Segreteria tecnica ([monica.brocco@iss.it](mailto:monica.brocco@iss.it)) o via fax (06 4990 3096) entro e non oltre il giorno **13 maggio 2013**.  
La presente domanda può essere scaricata dal sito [www.iss.it](http://www.iss.it).

**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**.....