



**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:** XVI Riunione annuale del Network Cochrane Italiano "come migliorare qualità e rilevanza della ricerca clinica"

**N° ID della manifestazione:** 029D11      **DATA DI SVOLGIMENTO:** 14 - 15 novembre 2011

Si prega di specificare a quale Workshop si intende partecipare il 14 novembre 2011

- Workshop 1:** Uso delle revisioni sistematiche per iniziative di razionalizzazione della assistenza
- Workshop 2:** Problemi metodologici e pratici nella scelta degli esiti nella ricerca clinica
- Workshop 3:** Valutazione di interventi di sanità pubblica attraverso revisioni Cochrane: l'impatto degli interventi di modifica del consumo di sale nella dieta sulla mortalità cardiovascolare

**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: Via</b>		
<b>Città:</b>	<b>Provincia:</b>	
<b>CAP:</b>	<b>Regione:</b>	
<b>Telefono:</b>	<b>Fax:</b>	
<b>Posta elettronica:</b>	<b>Codice Fiscale:</b>	

**DATI PROFESSIONALI**

<b>Titolo di Studio:</b>	
<b>Profilo sanitario ECM:</b>	<b>Richiede attestato ECM se previsto: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>
<b>Ente di appartenenza:</b>	



Mod. S29 Rev. 0 del 18/09/09, Pagina 2 di 2  
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS  
A iscrizione gratuita

<b>Indirizzo: Via</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**

**POSIZIONE**

<b>Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):</b>	
<b>Inquadramento nell'Ente:</b>	
<b>Di ruolo:</b> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Se di ruolo, specificare quale:</b>

**MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:**

La domanda, debitamente compilata deve essere stampata, firmata e inviata via fax (06-49904110) o via email ([eva.appelgren@iss.it](mailto:eva.appelgren@iss.it)) alla Segreteria Organizzativa nei tempi indicati sul programma della manifestazione.

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.....



Network Cochrane Italiano