



DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS
a iscrizione gratuita

Istruzioni per la compilazione della domanda:
Scrivere in modo leggibile. Le domande illeggibili non potranno essere prese in considerazione.
Compilare tutti i campi richiesti

TITOLO del convegno:

GESTIONE DELLA CRONICITÀ
Dopo cinque anni di esperienza con programmi di Attività Fisica Adattata

N° ID del convegno: **078D11**

DATA DI SVOLGIMENTO: **5 e 6 ottobre 2011**

DATI PERSONALI

Cognome:	Nome:	
Data di nascita (gg/mm/aa):	Genere:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita:	(Prov.) Stato (se diverso da ITALIA)	
Domicilio in Via:		
Città:	CAP:	Provincia:
Telefono:	Fax:	
Posta elettronica (se a mano, scrivere in stampatello):		
Codice Fiscale:		

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio (se laurea specificare quale):		
Profilo sanitario ECM (se previsto):		
Ente di appartenenza:		
Via:		
Città:	CAP:	Provincia:
Telefono:	Fax:	
Posta elettronica (se a mano, scrivere in stampatello):		

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

POSIZIONE

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

Richiede attestato di partecipazione **SI** **NO**

Richiede attestato ECM (se previsto) **SI** **NO**

MODALITA' DI ISCRIZIONE

La domanda d'iscrizione, debitamente compilata e **firmata**, deve essere inviata alla Segreteria Organizzativa -via fax (06 4990 3096) o via e-mail (monica.brocco@iss.it)- possibilmente **entro il giorno 23 settembre 2011**. Questa domanda d'iscrizione può essere scaricata dal sito **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.....