



Mod. S229 Rev. 0 del 18/09/10, Pagina 1 di 1
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS
A iscrizione gratuita

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Scrivere in modo leggibile (le domande illeggibili non potranno essere considerate)
2) Compilare tutti i campi richiesti

TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE: L'epatite virale B in Italia venti anni dopo l'inizio della vaccinazione dei nuovi nati

N° ID del corso: **027D11** DATA di SVOLGIMENTO: **23/09/2011**

DATI PERSONALI

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

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio (se laurea specificare quale):	
Profilo sanitario ECM:	Richiede attestato ECM se previsto: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ente di appartenenza:	
Via:	
Città:	(Prov.) CAP:
Regione:	Tel: Fax:

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:

MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE: L'iscrizione al convegno deve essere effettuata direttamente online sul sito dell'ISS (<http://www.iss.it/site/reg/>) . La domanda, debitamente compilata e trasmessa online dovrà essere comunque stampata, firmata e inviata al seguente numero di fax **0649904170**. Nel caso non sia attiva l'iscrizione online, la domanda può essere scaricata in cartaceo dal sito www.iss.it compilata, firmata e trasmessa via fax alla segreteria organizzativa entro il **5 settembre 2011**

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.....