



Mod. S29 Rev. 5 del 10/12/2014 Pagina 1 di 2  
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI ISS

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Indicare il titolo e la data della manifestazione alla quale si richiede di partecipare
- 4) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM

**TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE:** "Dieci anni di OKkio alla SALUTE: I risultati della V raccolta dati e le sfide future"

**N° ID del convegno:** 164D17

**DATA di SVOLGIMENTO:** 4 maggio 2017

**DATI PERSONALI**

|                                                  |                                   |                   |                                                                     |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Cognome:</b>                                  | <b>Nome:</b>                      |                   |                                                                     |
| <b>Data di nascita (gg/mm/aa):</b>               | <b>Luogo di nascita:</b> (Prov. ) |                   |                                                                     |
| <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><br>(obbligatorio per ECM) |                                   |                   |                                                                     |

**DATI PROFESSIONALI** (con \* quelli obbligatori 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>Sì</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



## POSIZIONE

|                                                                          |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Tipologia dell'Ente</b> (Az. Sanitaria, Ministero etc.):              |                                                |
| <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, SELEZIONE E AMMISSIONE:** la domanda di partecipazione, disponibile sui siti: [www.iss.it](http://www.iss.it) e [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it) deve essere debitamente compilata, firmata e inviata al seguente indirizzo e-mail: [marina.pediconi@iss.it](mailto:marina.pediconi@iss.it) **entro e non oltre il 24 aprile 2017**. Per le modalità di selezione e ammissione al convegno, si rimanda al programma di dettaglio. **Non verranno considerate valide le domande prive della firma.**

**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**.....