



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:**

Progetto CCM "Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù"

**N° ID del convegno: 084D16**

**DATA di SVOLGIMENTO: 13 maggio 2016**

**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> M <input type="checkbox"/> F <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** (con \* quelli obbligatori ai fini ECM)

<b>Titolo di Studio*</b> <input type="checkbox"/> Diploma di <input type="checkbox"/> Laurea in		
<b>Richiede attestato ECM se previsto:</b> SI <input type="checkbox"/> No <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, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere firmata e inviata **per email** all'indirizzo [marina.pediconi@iss.it](mailto:marina.pediconi@iss.it) oppure **via fax** al numero **0649904310** (verificarne la ricezione) entro il **29 aprile 2016**. Le domande saranno accettate secondo l'ordine d'arrivo, fino alla capienza massima dell'aula. Coloro che non saranno ammessi riceveranno comunicazione per posta elettronica entro il 5 maggio. **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**.....