



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

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente o in stampatello (le domande illeggibili non potranno essere considerate)
- 2) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati necessari ai fini ECM (se previsti)

TITOLO DEL CONVEGNO: **Il contributo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze nella gestione integrata dei pazienti**

N° ID del convegno: **054D16**

DATA di SVOLGIMENTO: **25 novembre 2016**

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):		

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio	<input type="checkbox"/> Diploma di	
	<input type="checkbox"/> Laurea in	
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.):	
Qualifica:	
Di ruolo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se di ruolo, specificare inquadramento:

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE: La domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere scansionata e inviata a paola.ruggeri@iss.it entro il **20 novembre 2016**. 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'art. 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.....