



Mod. S29 Rev. 0 del 18/09/09, Pagina 1 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS
A iscrizione gratuita

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Indicare il titolo e la data della manifestazione al quale si richiede di partecipare
- 4) Compilare tutti i campi richiesti

TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE: Presentazione del portale europeo Ethicsweb:una risorsa informativa per il ricercatore e per il cittadino

N° ID 075D11

DATA DI SVOLGIMENTO: 13/07/2011

DATI PERSONALI

Cognome:	Nome:		
Data di nascita (gg/mm/aa):	Luogo di nascita: (Prov.)		
Stato (se diverso da ITALIA)		Genere:	M ☐ F ☐
Indirizzo: Via			
Città:	Provincia:		
CAP:	Regione:		
Telefono:	Fax:		
Posta elettronica:	Codice Fiscale:		

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio:			
Profilo sanitario ECM:	Richiede attestato ECM se previsto: SI ☐ No ☐		
Ente di appartenenza:			
Indirizzo: Via			
Città:	Provincia:		
CAP:	Regione:		
Telefono:	Fax:		

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



Mod. S29 Rev. 0 del 18/09/09, Pagina 2 di 2
DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS
A iscrizione gratuita

POSIZIONE

Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):		
Inquadramento nell'Ente:		
Di ruolo:	Sì ☐ No ☐	Se di ruolo, specificare quale:

MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda, debitamente compilata e trasmessa online (<http://www.iss.it/site/reg/>) deve essere stampata, firmata e inviata via fax alla Segreteria scientifica nei tempi indicati sul programma della manifestazione. 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 scientifica.

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.....