



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: **XXIV Seminario Nazionale "la valutazione dell'uso e della sicurezza dei farmaci: esperienze in Italia"**

N° ID del convegno: **061D15**

DATA di SVOLGIMENTO: **14-15 dicembre 2015**

Partecipazione 14/12/2015 15/12/2015 14-15/12/2015

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 stampata, firmata e inviata via fax (06 49904248) oppure scansionata ed inviata per email (paola.ruggeri@iss.it) entro il **9 dicembre 2015**. 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.....