



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

N° ID del convegno: **059D16**

DATA di SVOLGIMENTO: **12-13 dicembre 2016**

Partecipazione 12/12/2016 13/12/2016 12-13/12/2016

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 **9 dicembre 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.....