



Mod. S29 Rev. 4 del 10/09/2013 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: Stili di vita e stato ponderale dei bambini italiani: i risultati della IV raccolta dati di OKkio alla SALUTE

N° ID del convegno: 002D15 DATA di SVOLGIMENTO: 21/01/2015

DATI PERSONALI

Cognome:	Nome:		
Data di nascita (gg/mm/aa):	Luogo di nascita:		(Prov.)
Stato (se diverso da ITALIA)	Genere:		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Indirizzo:			
Città:	Provincia:		
CAP:	Regione:		
Telefono:	Fax:		
E-mail:			
Codice Fiscale: (obbligatorio per ECM)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI PROFESSIONALI (da compilare accuratamente ai fini ECM)

Titolo di Studio	<input type="checkbox"/> Diploma di
	<input type="checkbox"/> Laurea in
Richiede attestato ECM se previsto: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Profilo sanitario ECM:	
Disciplina:	
Ordine/Collegio/Ass. Prof.le:	N.° iscriz.:
Ente di appartenenza:	
Indirizzo:	
Città:	Provincia:
CAP:	Regione:
Telefono:	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:

Partecipazione alle attività di OKkio alla SALUTE:	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Se si, in qualità di:	
Referente Regionale	<input type="checkbox"/>
Referente di Asl	<input type="checkbox"/>
Referente regionale/Provinciale USR/USP	<input type="checkbox"/>
Intervistatore/Operatore locale	<input type="checkbox"/>
Altro.....	<input type="checkbox"/>

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda d'iscrizione dovrà essere compilata, firmata e trasmessa via fax al numero: 0649904310 oppure scansionata e inviata via e-mail a: silvia.andreozzi@iss.it. La domanda dovrà pervenire entro il 9 gennaio 2015. Saranno accettate le richieste di iscrizione in ordine di ricezione fino ad esaurimento dei posti disponibili. La lista di coloro che saranno stati ammessi all'evento verrà pubblicata sul sito: www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/ il 13/1/2015.

Non verranno considerate valide le domande prive della firma del partecipante.

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.....