



Mod. S29 Rev. 5 del 10/12/2014 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: PROGETTO RInnovaReNano

Sviluppo Responsabile dei Nanomateriali ed opportunità per il sistema industriale regionale

N° ID del convegno: 093D16

DATA di SVOLGIMENTO: 18 aprile 2016

DATI PERSONALI

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

DATI PROFESSIONALI (con * quelli obbligatori ai fini ECM)

Titolo di Studio*	☐ Diploma di		
	☐ Laurea in		
Richiede attestato ECM se previsto: SÌ ☐ NO ☐			
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 ☐ No ☐	Se di ruolo, specificare inquadramento:

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda di partecipazione, disponibile alla pagina www.iss.it, sezione Corsi e Convegni, deve essere debitamente compilata, stampata, firmata e inviata al numero di fax **06 49387068** o all'indirizzo e-mail della Segreteria Tecnica alessia.borzi@iss.it **entro il giorno 08 aprile 2016.**

Le domande saranno accettate fino al raggiungimento della capienza massima dell'aula.

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'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.....