**DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI ISS**
**a partecipazione gratuita**

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:**

I GEMELLI IN ETÀ PEDIATRICA: EPIGENETICA, EPIDEMIOLOGIA E CLINICA

**N° ID del convegno:** 065D13 **DATA di SVOLGIMENTO:** 4 e 5 ottobre 2013

**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** (da compilare accuratamente ai fini ECM)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Titolo di Studio** | ☐ **Diploma di** | | | | | | | | | | | | | | |
| | ☐ **Laurea in** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Richiede attestato ECM se previsto:** **SI** ☐ **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**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI ISS**
**a partecipazione gratuita**

**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, debitamente compilata al seguente link:
http://www.epicentro.iss.it/formazione/iscrizione2.asp deve essere trasmessa online alla Segreteria tecnica entro il **25/09/2013** oppure può essere scaricata in cartaceo dal sito www.iss.it compilata, firmata e inviata al seguente numero di fax 0649904151.
Saranno ammessi un massimo di 200 partecipanti.

**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**.....