



Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile. Le domande illeggibili non saranno considerate.
- 2) Firmare in calce per autorizzazione al trattamento dati. Le domande prive di firma non saranno considerate.
- 3) Compilare tutti i campi richiesti, con particolare riguardo ai dati contrassegnati con asterisco (\*) che sono obbligatori ai fini dell'accreditamento ECM, se previsto.

## TITOLO dell'EVENTO: **ALCOHOL PREVENTION DAY**

N° ID: 036D18

DATA di SVOLGIMENTO: **16 MAGGIO 2018**

### 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"/>

### DATI PROFESSIONALI

Ente di appartenenza:
Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.):
Qualifica:

**RECAPITI\*** NB: tutte le comunicazioni e i documenti relativi all'evento saranno inviati al recapito indicato.

Indirizzo:	
Città:	Provincia:
CAP:	Telefono:
Email: (cortesemente scrivere in caratteri leggibili )	

### MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE

La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere firmata e inviata per email all'indirizzo [alcol@iss.it](mailto:alcol@iss.it) oppure inviata via fax al numero 0649904193 entro il giorno il 9 maggio 2018 Per le eventuali modalità di selezione e ammissione, si rimanda al programma di dettaglio. Si intendono ammessi a partecipare solo coloro che ne riceveranno comunicazione. **Non verranno considerate valide le domande prive della firma.**

### 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 organizzativi ed amministrativi concernenti la sua partecipazione all'evento formativo 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 dei dati stessi. Si informa inoltre che il titolare del trattamento è l'Istituto Superiore di Sanità.

Data:

Firma.....