



DOMANDA DI ISCRIZIONE

TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE: **La Iodoprofilassi in Italia**

N° ID della manifestazione:

DATA DI SVOLGIMENTO: **1 luglio 2010****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: Via																							
Città:		Provincia:	CAP:																				
Regione		Telefono:	Fax:																				
Posta elettronica:																							
Codice Fiscale: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																							

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio:	
Profilo sanitario ECM: Richiede attestato ECM: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ente di appartenenza:	
Indirizzo: Via	
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.):	
Inquadramento nell'Ente:	
Di ruolo: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Se di ruolo, specificare quale:

MODALITA' DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda di iscrizione debitamente compilata dovrà essere stampata, firmata e inviata via fax al n° 06-49902619 entro il giorno 25/06/10

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.....