

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS**

Rev. 2, 22/02/08 Pag 1 di 3

La domanda è compilabile on line all'indirizzo: <http://www.iss.it/site/reg/>

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Compilare tutti i campi richiesti

TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE:**ARBOVIRUSES: AN INCREASING THREAT FOR TEMPERATE REGIONS****N° ID della manifestazione: 038D08 DATA DI SVOLGIMENTO dal 26/05/2008 al 27/05/2008****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:		

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio:			
Profilo sanitario ECM (es.: medico, biologo,..)			
Ente di appartenenza:			
Indirizzo: Via			
Città:	Provincia:		
CAP:	Regione:		
Telefono:	Fax:		

NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria per le future comunicazioni



DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS

Rev. 2, 22/02/08 Pag 2 di 3

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:

QUOTA D'ISCRIZIONE

La partecipazione alla manifestazione è gratuita.

MODALITA' DI ISCRIZIONE

La domanda, debitamente compilata e trasmessa online all'indirizzo <http://www.iss.it/site/reg/> deve essere stampata, firmata e inviata via fax alla Segreteria Scientifica (06 49902813) **entro il 20/05/2008** (vale la data di invio in modalità elettronica). Il richiedente sarà informato sullo stato della propria domanda consultando il sistema di iscrizione online.

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.....