



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: : XXI CONVEGNO NAZIONALE TABAGISMO E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N° ID: 056D19

DATA di SVOLGIMENTO: 31 MAGGIO 2019

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.):

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

Indirizzo:	
Città:	Provincia:
CAP:	Telefono:
Email: (importante che e-mail sia leggibile)	

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE

La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere firmata e inviata per email all'indirizzo antonella.bacosi@iss.it o osservatorio.fad@iss.it o via Fax al numero 06 49902016 **entro il 10 maggio 2019, le iscrizioni pervenute successivamente entreranno in una lista di attesa per la quale non è possibile garantire la partecipazione al convegno.** 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 via e-mail. **Non verranno considerate valide le domande prive della firma.**

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati correttamente 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 dal Regolamento, 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.....