



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TERAMO

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CONVEGNO

IL BOTULISMO ALIMENTARE IN ITALIA: RIFLESSIONI E PROSPETTIVE

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

DATA DI SVOLGIMENTO: 23 Giugno 2014

DATI PERSONALI

Cognome:	Nome:
Data di nascita (gg/mm/aa):	Luogo di nascita: (Prov.)
Stato (se diverso da ITALIA)	Genere: M _ F _
Indirizzo: Via	
Città:	Provincia:
CAP:	Regione:
Telefono:	Fax:
Posta elettronica:	Codice Fiscale:

DATI PROFESSIONALI

Titolo di Studio:	
Profilo professionale:	
Inquadramento nell'Ente:	
Di ruolo: SI _ NO _	Se di ruolo, specificare quale:
Ente di appartenenza (Regioni, Az. Sanitaria, NAS, IZZSS, ARPA):	
Indirizzo: Via	
Città:	Provincia:
CAP:	Regione:
Telefono:	Fax:
Breve descrizione dell'attività svolta inerente alla tematica del corso:	

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

MODALITA' DI ISCRIZIONE:

La domanda, debitamente compilata può essere trasmessa online (cnr.botulismo@iss.it) o via fax al numero 06/49902045 alla Segreteria tecnica entro e non oltre il 16 giugno 2014. Qualora ci fossero problemi a compilare e rispedire la domanda di iscrizione, contattare telefonicamente la Segreteria Tecnica (tel. 06-49902254)

La domanda può essere scaricata <http://www.iss.it/spvsa>.

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 e Ministero 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 e il Ministero della Salute.

Firma..... Data.....