



DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS
ISS CONGRESS APPLICATION FORM



TITOLO DELLA MANIFESTAZIONE / TITLE OF THE EVENT:

First ISS-ARTOI Conference on Integrative Oncology. Fifth ARTOI International Congress

N° ID della manifestazione: **064 D13**
Event ID number

DATA DI SVOLGIMENTO: **6-7 Novembre 2013**
Date

DATI PERSONALI – PERSONAL DATA

| | | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Cognome/Family Name: | Nome/First Name: | |
| Data di nascita (gg/mm/aa): Date of birth (day/month/year) | Luogo di nascita: Place of Birth | (Prov.) |
| Nazione: Country | Genere: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Gender | |
| Indirizzo: Address | Città: City | |
| CAP: Area Code | Provincia: | Regione: |
| Telefono: Telephone | Fax: Fax | |
| Posta elettronica: E-mail | Codice Fiscale: Tax Code (if applicable) | |

DATI PROFESSIONALI – PROFESSIONAL DATA

| | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Titolo di Studio: Qualification: | Title: | |
| Profilo sanitario ECM: | Richiede attestato ECM se previsto: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Ente di appartenenza: Employer | | |
| Indirizzo: Via Address | Città: City | Country: |
| CAP: Area Code | Provincia: | Regione: |
| Telefono: Telephone | Fax: Fax | |
| Codice IVA: VAT code | | |

Questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria per le future comunicazioni
The information will be used by the secretariat only for future communication

POSIZIONE - POSITION

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Tipologia dell'Ente (Az. Sanitaria, Ministero etc.): | |
| Inquadramento nell'Ente: | |
| <input type="checkbox"/> Di ruolo – open-ended contract <input type="checkbox"/> A contratto – fixed-term contract | Se di ruolo, specificare quale: Position held: |



DOMANDA DI ISCRIZIONE A CONVEGNI/CONGRESSI ISS
ISS CONGRESS APPLICATION FORM



MODALITA' DI ISCRIZIONE E DEADLINE - REGISTRATION & DEADLINE

La domanda, compilata in tutte le sue parti in modo leggibile, deve essere stampata, **firmata** e inviata alla Segreteria Tecnica via fax (+39 06 6649 5653) o per email (segreteria@artoi.it) **entro il 25 ottobre 2013.**

Please fill in this application form, print it out, **sign it** and send it to the organizing secretariat by fax (+39 06 6649 5653) or by mail (segreteria@artoi.it) by **October 25th, 2013.**

QUOTA D'ISCRIZIONE - REGISTRATION FEES

- 120 euro**
- 90 euro** (Soci ARTOI - *ARTOI members*)
- 50 euro** (Studenti, personale non strutturato - *Students, temporary workers*)

GALA DINNER 50 euro (Vedi Modalità di Pagamento. *See payment methods below.*)

- No, thanks.
- Yes, please. Book place(s) for me.

MODALITA' DI PAGAMENTO – PAYMENT METHODS

- Bonifico bancario – **Bank transfer** ARTOI – Monte dei Paschi c/o Ag. 16 - Piazza Giureconsulti, Roma – **BIC:** PASCITM1R16 - c.c.: 20804.49 - **IBAN:** IT 67 H 01030 03216 000002080449
- Carta di credito – **Credit card** PAYPAL on-line at www.ARTOI.it

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.

DATA PROTECTION STATEMENT (D.LGS. 196/2003):

In compliance with D.LGS 196/2003, the data collected on this form will be securely held and used only for the administrative processing of the application. The data will not be disclosed to any third party. According to art. 13 of the above law applicants have the right to request the amendment or cancellation of their data. The agency responsible for the handling and processing of the data is the Istituto Superiore di Sanità.

Firma.....

Data.....