



Adesione alla Federazione IDEM¹

Versione 1, 25 Ottobre 2019

L'organizzazione INMI Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani – Roma chiede di aderire alla Federazione Italiana delle Università e degli Enti di Ricerca per l'Autenticazione e l'Autorizzazione IDEM in qualità di:

- . Membro (riservato ai Membri GARR)
- . Partner

Referente Organizzativo

Nome	Ing. Gabriele Rinonapoli
e-mail	gabriele.rinonapoli@inmi.it
Telefono	0655170893

Referente Tecnico
(solo per Membri)

Nome	Fabrizio Latrofa
e-mail	fabrizio.latrofa@inmi.it
Telefono	0655170885

Dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente il *Regolamento della Federazione IDEM* e le *Norme di Partecipazione alla Federazione IDEM* in vigore alla data del presente accordo.

Per l'organizzazione partecipante:

Data 03/04/2020

Dott.ssa Marta Branca, Direttore Generale IRCCS INMI Spallanzani - Roma

Per il Consortium GARR:

Data _____

Nome, Titolo e Firma _____

¹ Questo modulo sostituisce i precedenti documenti denominati *Richiesta di Adesione* e *Accordo di Collaborazione*.



Application to IDEM Federation²

Version 1, 25th October 2019

The Organization National Institute for Infectious Diseases Lazzaro Spallanzani requests the admission to the Italian Academic and Research Federation of Authentication and Authorization Infrastructures IDEM as:

- . Member (only for GARR community members)
- . Partner

Organizational Representative

Name	Ing. Gabriele Rinonapoli
e-mail	gabriele.rinonapoli@inmi.it
Tel number	0655170893

Technical Representative

Name	Fabrizio Latrofa
e-mail	fabrizio.latrofa@inmi.it
(only if Member has been checked) Tel number	0655170885

It also confirms to have read, understood and accept the documents "*Regolamento della Federazione IDEM*" and "*Norme di Partecipazione alla Federazione IDEM*" in force on the date of this agreement.

Acceptance by the Organization:

Date 03/04/2020

Dr. Marta Branca, General Manager National Institute for Infectious Diseases L. Spallanzani

Acceptance by Consortium GARR:

Date _____

Name, Title, Signature _____

² This form substitutes the previous documents named *Member Accession Form* and *Memorandum of Understanding*.