

**MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO ECM 235615-2603****VENERDÌ 12 OTTOBRE 2018****"I VIDEOTERMINALI E GLI ALTRI STRUMENTI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO. ASPETTI EPIDEMIOLOGICI, CLINICI, PREVENZIONISTICI E MEDICO-LEGALI". OBIETTIVO 27 - COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI. 9 CREDITI ECM**

COGNOME E NOME	
luogo e data di nascita	
indirizzo	
città/provincia/CAP	
DISCIPLINA esercitata <small>indicare la discipl. medico-chir. o odont. per la quale si richiedono i crediti</small>	
professione esercitata	<input type="checkbox"/> <b>medico chirurgo</b> oppure <b>odontoiatra</b> <input type="checkbox"/>
stato contrattuale <b>(barrare una sola casella)</b>	<input type="checkbox"/> libero professionista <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> convenzionato <input type="checkbox"/> privo di occupazione
iscritto ordine di Frosinone <b>intende acquisire i crediti per l'albo: (barrare una sola casella)</b>	al N. _____ dell'Albo: <input type="checkbox"/> MEDICI CHIRURGHI <input type="checkbox"/> ODONTOIATRI
CODICE FISCALE	
indirizzo mail	
indirizzo PEC	
telefono	
cellulare	
fax	
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla "Protezione delle Persone Fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla Libera Circolazione di tali Dati" e del precedente D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".	

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Si raccomanda di compilare la scheda di iscrizione IN TUTTE le sue parti e di trasmetterla via fax al n. 0775853163.****PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

N° iscrizione al corso \_\_\_\_\_

data assegnata \_\_\_\_\_

Frosinone \_\_\_\_\_

firma dell'incaricato che riceve l'istanza \_\_\_\_\_