

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE**  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE al corso ecm, da 8 crediti, "LA MENINGITE BATTERICA:**  
**EPIDEMIOLOGIA E GESTIONE CLINICA". ID n.265261 (Ed.1 o Ed. 2); Provider 2603**  
(Obiiettivo Formativo: "1S"- con acquisizione competenze di sistema)

COGNOME E NOME	
luogo e data di nascita	
indirizzo	
città/provincia/CAP	
DISCIPLINA esercitata <small>indicare quella 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 profes <input type="checkbox"/> dipen dente <input type="checkbox"/> conven zionato <input type="checkbox"/> privo di occupa
iscritto ordine di Frosinone <b>intende acquisire i crediti quale: (barrare una sola casella)</b>	al N. _____ <input type="checkbox"/> ISCRITTO ALBO MEDICI CHIRURGHI <input type="checkbox"/> ISCRITTO ALBO ODONTOIATRI
CODICE FISCALE	
indirizzo mail	
indirizzo PEC	
telefono	
cellulare	
fax	
Chiede di partecipare al suddetto corso ECM e <b>sceglie, come data per la partecipazione:</b> <input type="checkbox"/> <b>VENERDÌ 07 giugno 2019</b> <input type="checkbox"/> <b>SABATO 08 giugno 2019</b>	

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".

**trasmettere unicamente per fax: 0775853163**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

***Si raccomanda di compilare la scheda di iscrizione IN TUTTE le sue parti.***

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

N° iscrizione al corso \_\_\_\_\_ data assegnata \_\_\_\_\_

Frosinone \_\_\_\_\_

firma dell'incaricato che riceve l'istanza