

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE
 DOMANDA DI ISCRIZIONE al corso ecm "La Certificazione Medica: Istruzioni Per
 l'Uso". C.Id.280588; provider 2603 (Obiettivo Formativo: "17"- 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"/> medico chirurgo oppure <input type="checkbox"/> odontoiatra
stato contrattuale (barrare una sola casella)	<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 intende acquisire i crediti quale: (barrare una sola casella)	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 corso ECM: "La Certificazione Medica" e <u>sceglie, come data preferenziale per la partecipazione, il giorno:</u> <input type="checkbox"/> VENERDÌ 22 novembre 2019 <input type="checkbox"/> SABATO 23 novembre 2019	

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.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

N° iscrizione al corso _____

data assegnata _____

Frosinone _____

firma dell'incaricato che riceve l'istanza