

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHICI E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE**  
**DOMANDA DI ISCRIZIONE al corso ecm "LE POLMONITI. Polmonite e Antibiotico-resistenza" - codice evento n. 281059; provider 2603. Obiettivo 10, Area1.**

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"/> dipendente <input type="checkbox"/> convenzionato <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	
<b>Chiede di partecipare al corso ECM: "LE POLMONITI. Polmonite e Antibiotico-resistenza" e sceglie, come data preferenziale per la partecipazione, il giorno:</b> <input type="checkbox"/> VENERDÌ 06 dicembre 2019 <input type="checkbox"/> SABATO 07 dicembre 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