



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FROSINONE**

DOMANDA DI ISCRIZIONE all'ECM "Normative e nuove opportunità per la professione. Pubblicità Sanitaria, ECM, Autorizzazioni, Direzione Sanitaria e nuove forme societarie"
codice evento n. 2603-366148 ed.1 Obiettivo 14/P, Area B(2)

12 novembre 2022 Certosa di Trisulti

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 professionista <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> convenzionato <input type="checkbox"/> privo di occupazione
isc. Ordine di _____	al N. _____
intende acquisire i crediti quale: (barrare una sola casella)	<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 che si svolgerà il **giorno: 12 NOVEMBRE 2022, alle ore 08,30.**

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 ed trasmetterla all'Ordine 1. tramite Fax, allo 0775853163 oppure 2. tramite pec da inviare esclusivamente all'indirizzo: segreteria.fr@pec.omceo.it

<u>PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO</u>	
N° iscrizione al corso _____	data _____
Frosinone, _____	_____
<small>firma dell'incaricato che riceve l'istanza</small>	