



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

DOMANDA DI ISCRIZIONE all'ECM "Corso di Radioprotezione Medica e Fisica"

codice evento n. 369771-2603 - ed.1 Obiettivo 27, Area A (TP.1)

6 crediti - Ferentino 17 dicembre 2022

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 oppure <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: 17 dicembre 2022 dalle 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>	