



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

DOMANDA DI ISCRIZIONE all'ECM "**Corso di Radioprotezione Medica e Fisica**"  
codice evento n. 2603-401253 Ed. 1 - Obiettivo 27, Area A (TP)  
6 crediti - Frosinone 2 dicembre 2023 presso auditorium diocesano

Cognome e Nome	
luogo e data di nascita	
indirizzo	
città/provincia/CAP	
professione esercitata	<input type="checkbox"/> <b>medico chirurgo</b> oppure <b>odontoiatra</b> <input type="checkbox"/> si può barrare una sola casella ↑ (medico o odontoiatra)
Disciplina esercitata (indicare la disciplina medico-chirurgica per la quale si richiedono i crediti)	_____ è obbligatorio inserire la disciplina o il codice di disciplina
stato contrattuale - si può barrare una sola casella	<input type="checkbox"/> libero professionista <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> convenzionato <input type="checkbox"/> privo di occupazione
Ordine Prov. di _____	al N. _____
intende acquisire i crediti quale:	<input type="checkbox"/> ISCRITTO ALBO MEDICI CHIRURGHI oppure <input type="checkbox"/> ISCRITTO ALBO ODONTOIATRI si può barrare una sola casella ↑ (medici o odontoiatri)
codice fiscale	
indirizzo mail	
indirizzo PEC	
telefono	
cellulare	
fax	

Chiede di partecipare al suddetto corso ECM che si svolgerà il **giorno: 02 dicembre 2023 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**

<b><u>PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO</u></b>	
N. progressivo di iscrizione _____	ricevuto in data _____
[ ] ammesso [ ] non ammesso _____	_____
<small>firma dell'incaricato che riceve l'istanza</small>	