



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE

DOMANDA DI ISCRIZIONE al convegno

"Medici e Persone Migranti: Accoglienza e Salute"

codice evento n. 2603 – 408688 Ed. 1 - Obiettivo formativo: 15/P

6 crediti ecm - Frosinone, 24 febbraio 2024 - Auditorium Diocesano San Paolo Apostolo

Cognome e Nome					
luogo e data di nascita					
indirizzo					
città/provincia/CAP					
professione esercitata	<input type="checkbox"/> medico chirurgo oppure odontoiatra <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)	_____ obbligatorio inserire la disciplina o il codice di disciplina				
stato contrattuale - si può barrare una sola casella	<table border="1"><tr><td>libero professionista</td><td>dipendente</td><td>convenzionato</td><td>privo di occupazione</td></tr></table>	libero professionista	dipendente	convenzionato	privo di occupazione
libero professionista	dipendente	convenzionato	privo di occupazione		
Iscrizione n. _____	Ordine Prov. Medici Ch. e degli Odontoiatri di _____				
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 odontoiatra)				
codice fiscale					
indirizzo mail					
indirizzo PEC					
telefono					
cellulare					
fax					

Chiede di partecipare al suddetto corso ECM che si svolgerà **la mattina di sabato 24 febbraio 2024.**

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 e di trasmetterla all'Ordine: tramite Fax, al n. 0775853163 oppure tramite propria pec da inviare esclusivamente all'indirizzo segreteria.fr@pec.omceo.it

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