



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE

DOMANDA DI ISCRIZIONE al convegno

"IL DECRETO LEGISLATIVO 31 LUGLIO 2020, N. 101: COME, DOVE, QUANDO, PERCHÉ?"

codice evento n. 2603 – 415773 Ed. 1 - Obiettivo formativo: 27/TP

7 crediti ecm - Frosinone, 20 aprile 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 20 aprile 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> | |