



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

OMCeO FROSINONE

Nome del Provider: FNOMCeO - ID **2603-485802**, Ed.1 - Obiettivo: **17/S** - crediti ECM: **7**
Frosinone, 30 maggio 2026 - Auditorium Diocesano San Paolo - Viale Mdrd 54

ECM: COME DOVE QUANDO PERCHÉ

SCHEDA ANAGRAFICA

da compilare in stampatello in maniera chiara e leggibile e trasmettere alla Segreteria dell'Ordine

| | |
|---|---|
| Cognome e Nome | |
| luogo e data di nascita | |
| codice fiscale | |
| indirizzo residenza | |
| città/provincia/CAP | |
| indirizzo mail | |
| indirizzo PEC | |
| telefono/cellulare | |
| professione esercitata (se doppi iscritti occorre scegliere) | <input type="checkbox"/> medico chirurgo oppure odontoiatra <input type="checkbox"/> si può barrare una sola casella ↑ (medico o odontoiatra) |
| Disciplina medico-chirurgica esercitata (disciplina per la quale si richiedono i crediti) | _____ 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 |
| N. di Iscrizione: _____ | Ordine Prov. Medici Ch. e degli Odontoiatri di _____ |

La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti da Agenas e dal Ministero della Salute per l'accreditamento ecm. La FNOMCeO, Provider per questo Evento, non si assume la responsabilità per l'inserimento di dati errati oppure illeggibili. Le schede incomplete non verranno accettate. Ai sensi del Regolamento 2016/679/EU (GDPR), La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati solo per l'invio di materiale amministrativo e promozionale derivante dalla nostra attività. La informiamo, inoltre, che, ai sensi degli artt. 12,13,15,17,18,20,21, Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge. Titolare del trattamento è la FNOMCeO.

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 _____ |