

Nome del Provider: FNOMCeO - ID **2603-494346**, Ed.1 - Obiettivo:**26/T.P.** - crediti ECM: **8**

Frosinone, 3 ottobre 2026 - Auditorium Diocesano San Paolo - Viale Madrid, 54

Radioattività da Incidenti Nucleari e Tumori della Tiroide

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	☐ medico chirurgo		
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	☐ libero professionista	☐ dipendente	☐ convenzionato ☐ 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**

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
N. progressivo di iscrizione _____	ricevuto in data _____