FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

OMCeO FROSINONE

Nome del Provider: FNOMCeO - ID **2603-499368**, Ed.1 - Obiettivo: 27/T.P**.** - crediti ECM: **6**
Frosinone, 20 novembre 2026 - Auditorium Diocesano San Paolo - Viale Madrid, 54

MALATTIE PROFESSIONALI. DALL'ACCERTAMENTO DEL RISCHIO E DEL NESSO DI CAUSA AL RICONOSCIMENTO DELLA MALATTIA DI ORIGINE PROFESSIONALE.

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** ☐ **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	libero professionista / dipendente / convenzionato / privo di occupazione
N. di Iscrizione: _____	OMCeO della Provincia 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 _____