

## DOMANDA DI ISCRIZIONE al corso ECM "Sicurezza dei pazienti e degli operatori"

Cognome	
Nome	
luogo e data di nascita	
indirizzo	
città/provincia/CAP	
professione	
disciplina <small>indicare quella per la quale si richiedono i crediti</small>	
attività	<input type="checkbox"/> libero professionista <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> convenzionato
iscritto ordine di Frosinone <b>intende acquisire i crediti quale: (barrare una sola casella)</b>	<input type="checkbox"/> ISCRITTO ALBO MEDICI CHIRURGHI <input type="checkbox"/> ISCRITTO ALBO ODONTOIATRI
CODICE FISCALE	
indirizzo mail	
indirizzo PEC	
telefono	
cellulare	
fax	
Chiede di partecipare al corso ECM "Sicurezza dei pazienti e degli operatori", e <b>sceglie come data preferenziale per la partecipazione il giorno:</b>	
<input type="checkbox"/> SABATO 16 NOVEMBRE	
<input type="checkbox"/> VENERDI' 22 NOVEMBRE	
<input type="checkbox"/> SABATO 23 NOVEMBRE	

Ai sensi della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e successive modificazioni, autorizzo al trattamento dei miei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Si raccomanda di compilare la scheda di iscrizione *IN TUTTE* le sue parti.**

### PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

N° iscrizione al corso \_\_\_\_\_

data assegnata \_\_\_\_\_

Frosinone \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma dell'incaricato che riceve l'istanza