

**DOMANDA DI ISCRIZIONE al corso ECM "Governare Clinico: Innovazioni,
Monitoraggio performance cliniche, Formazione"**

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 intende acquisire i crediti quale: (barrare una sola casella)	N. d'iscrizione Albo per il quale si vogliono i crediti <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 "Governare Clinico: Innovazioni, Monitoraggio performance cliniche, Formazione", e sceglie come data preferenziale per la partecipazione il giorno: <input type="checkbox"/> VENERDI' 06 GIUGNO <input type="checkbox"/> SABATO 07 GIUGNO <input type="checkbox"/> LUNEDI' 09 GIUGNO			

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