

DOMANDA DI ISCRIZIONE al corso: "Salute e Ambiente: Pesticidi, cancerogenesi, radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici e antibiotico resistenza". Evento N. 121555

Cognome			
Nome			
luogo e data di nascita			
indirizzo			
città/provincia/CAP			
professione			
disciplina indicare quella per la quale si richiedono i crediti			
attività	☐ libero professionista	☐ dipendente	☐ 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: _____ ☐ ISCRITTO ALBO MEDICI CHIRURGHI ☐ ISCRITTO ALBO ODONTOIATRI		
CODICE FISCALE			
indirizzo mail			
indirizzo PEC			
telefono			
cellulare			
fax			
Chiede di partecipare al corso: "Salute e Ambiente: Pesticidi, cancerogenesi, radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici e antibiotico resistenza" e sceglie come data preferenziale per la partecipazione il giorno: ☐ VENERDÌ 04 DICEMBRE ☐ SABATO 05 DICEMBRE ☐ VENERDÌ 18 DICEMBRE ☐ SABATO 19 DICEMBRE			

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