

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO ECM "Allergie ed Intolleranze Alimentari"

COGNOME E NOME	
luogo e data di nascita	
indirizzo	
città/provincia/CAP	
DISCIPLINA <small>indicare quella per la quale si richiedono i crediti</small>	
professione esercitata	
in modalità (barrare una sola casella)	<input type="checkbox"/> libero profes sionista
	<input type="checkbox"/> dipen dente
	<input type="checkbox"/> conven zionato
	<input type="checkbox"/> privo di occup azione
iscritto ordine di Frosinone intende acquisire i crediti quale: (barrare una sola casella)	<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 "Allergie ed Intolleranze Alimentari, e sceglie come data preferenziale per la partecipazione il giorno: <input type="checkbox"/> VENERDI' 21 OTTOBRE 2016 <input type="checkbox"/> SABATO 22 OTTOBRE 2016 <input type="checkbox"/> VENERDI' 28 OTTOBRE 2016 <input type="checkbox"/> SABATO 29 OTTOBRE 2016	

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