

**DOMANDA DI ISCRIZIONE al corso "Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti" II MODULO**

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)	<table border="1"> <tr> <td>libero profes sionista</td> <td>dipen dente</td> <td>conven zionato</td> <td>privo di occupa zione</td> </tr> </table>	libero profes sionista	dipen dente	conven zionato	privo di occupa zione
libero profes sionista	dipen dente	conven zionato	privo di occupa zione		
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 Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti" II MODULO e <b>sceglie come data preferenziale per la partecipazione il giorno:</b> <input type="checkbox"/> VENERDI' 11 NOVEMBRE 2016 <input type="checkbox"/> SABATO 12 NOVEMBRE 2016 <input type="checkbox"/> VENERDI' 18 NOVEMBRE 2016 <input type="checkbox"/> SABATO 19 NOVEMBRE 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