

DOMANDA DI ISCRIZIONE al corso "L'Infezione da Virus Zika"

COGNOME E NOME					
luogo e data di nascita					
indirizzo					
città/provincia/CAP					
DISCIPLINA esercitata <small>indicare quella per la quale si richiedono i crediti</small>					
professione esercitata	<input type="checkbox"/> medico chirurgo oppure odontoiatra <input type="checkbox"/>				
stato contrattuale (barrare una sola casella)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">libero profes sionista</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">dipen dente</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">conven zionato</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">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 intende acquisire i crediti quale: (barrare una sola casella)	al N. _____ <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: "L'Infezione da Virus Zika" e sceglie come data preferenziale per la partecipazione il giorno: <input type="checkbox"/> VENERDÌ 28 APRILE 2017 <input type="checkbox"/> SABATO 29 APRILE 2017 <input type="checkbox"/> SABATO 6 MAGGIO 2017 <input type="checkbox"/> LUNEDÌ 8 MAGGIO 2017					

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