

**Domanda d'iscrizione al corso: "Le vaccinazioni: efficacia, sicurezza e comunicazione"**

COGNOME E NOME					
luogo e data di nascita					
indirizzo					
città/provincia/CAP					
DISCIPLINA/SPEC. <small>indicare quella per la quale si richiedono i crediti</small>					
professione esercitata per la quale richiedo crediti	<input type="checkbox"/> <b>MEDICO</b> oppure <b>ODONTOIATRA</b> <input type="checkbox"/>				
stato contrattuale <b>(barrare una sola casella)</b>	<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>	al N. _____ dell'albo ↓ <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 "Le vaccinazioni: efficacia, sicurezza e comunicazione" e <b>sceglie come data preferenziale per la partecipazione il giorno:</b> <input type="checkbox"/> VENERDÌ 26 MAGGIO 2017 <input type="checkbox"/> SABATO 27 MAGGIO 2017 <input type="checkbox"/> VENERDÌ 9 GIUGNO 2017 <input type="checkbox"/> SABATO 10 GIUGNO 2017					

trasmettere via **fax** al n.:  
**0775853163**

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