

Domanda d'iscrizione al corso "Affrontare la Demenza" cod. 196382

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					
stato contrattuale (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 all' Albo Medici dell'Ordine di Frosinone	al N. _____				
CODICE FISCALE					
indirizzo mail					
indirizzo PEC					
telefono					
cellulare					
fax					
<p>Chiede di partecipare al corso ECM "Affrontare la Demenza" che si terrà SABATO 24 GIUGNO 2017</p> <p>inviare il modulo di iscrizione al FAX n. 0775.853163</p>					

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 _____

Frosinone _____

_____ firma dell'incaricato che riceve l'istanza