

Scheda d'iscrizione all'evento Codice 222570-2202

"La certificazione telematica introduttiva in ambito assistenziale e previdenziale. Le giustifiche sanitarie. Normativa, criteri medico legali e linee guida INPS".

trasmettere via fax: 065920078 o via email: scuolaformazione Lazio@gmail.com

COGNOME E NOME					
luogo e data di nascita					
indirizzo					
città/provincia/CAP					
DISCIPLINA esercitata indicare quella per la quale si richiedono i crediti	(l'evento è aperto a quasi tutte le discipline tranne: Odontoiatria, Sc. Alim., Dir. Med., Org.Servizi, Audiol.e Foniatria, Psicoterap., Privo Spec.)				
professione esercitata					
stato contrattuale (indicare solo una 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 ALBO MEDICI CHIRURGHI DI FROSINONE AL N. _____					
CODICE FISCALE					
indirizzo mail					
indirizzo PEC					
telefono					
cellulare					
fax					
Chiede di partecipare al corso ECM "La certificazione telematica introduttiva in ambito assistenziale e previdenziale" il giorno: GIOVEDÌ 12 APRILE 2018 dalle ore 13,00					

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.

fax: 065920078

email: scuolaformazione Lazio@gmail.com

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone e

Scuola di Formazione in Medicina di Famiglia Regione Lazio

sede legale P.za Marconi, 25 - 00144 Roma

P.I. 05646001007