



**MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO ECM 230865-2603 -
10 crediti ecm "LA SALUTE GLOBALE" OBIETTIVO
FORMATIVO 15 - COMPETENZE DI PROCESSO**

COGNOME E NOME	
luogo e data di nascita	
indirizzo	
città/provincia/CAP	
DISCIPLINA esercitata <small>indicare la discipl. medico-chir. o odont. 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)	<input type="checkbox"/> libero professionista <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> convenzionato <input type="checkbox"/> privo di occupazione
iscritto ordine di Frosinone intende acquisire i crediti per l'albo: (barrare una sola casella)	al N. _____ dell'Albo: <input type="checkbox"/> MEDICI CHIRURGHI <input type="checkbox"/> ODONTOIATRI
CODICE FISCALE	
indirizzo mail	
indirizzo PEC	
telefono	
cellulare	
fax	
Chiede di partecipare al corso ECM: "La Salute Globale" e sceglie come data preferenziale per la partecipazione il giorno: <input type="checkbox"/> GIOVEDÌ 21 GIUGNO <input type="checkbox"/> VENERDÌ 29 GIUGNO <input type="checkbox"/> SABATO 23 GIUGNO <input type="checkbox"/> SABATO 30 GIUGNO	
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla "Protezione delle Persone Fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla Libera Circolazione di tali Dati" e del precedente D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".	

Data _____

Firma _____

Si raccomanda di compilare la scheda di iscrizione IN TUTTE le sue parti e di trasmetterla via fax al n. 0775853163.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

N° iscrizione al corso _____

data assegnata _____

Frosinone _____

firma dell'incaricato che riceve l'istanza