

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE
 DOMANDA DI ISCRIZIONE al corso ecm "Epatite C-Steatosi, Steatoepatite, Sindrome
Metabolica: Eradicazione entro il 2030", n. 245703; provider 2603. **9 crediti -**
Obiettivo Formativo: "10"- con acquisizione competenze tecnico-professionali.

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)	<input type="checkbox"/> libero profes <input type="checkbox"/> dipen dente <input type="checkbox"/> conven zionato <input type="checkbox"/> privo di occupa
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 suddetto corso ECM e sceglie, come data per la partecipazione: <input type="checkbox"/> VENERDÌ 22 marzo 2019 <input type="checkbox"/> VENERDÌ 29 marzo 2019	

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.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

N° iscrizione al corso _____

data assegnata _____

Frosinone _____

_____ firma dell'incaricato che riceve l'istanza