

Nome del Provider FNOMCeO - ID 2603-444301 Ed.1 - Obiettivo Formativo 27/TP - 7 crediti ECM
Ferentino, 15 marzo 2025 - Terme Pompeo

Corso di Radioprotezione e Prevenzione del Rischio Radioattivo

SCHEDA ANAGRAFICA

da compilare in stampatello in maniera chiara e leggibile e riconsegnare alla Segreteria

Cognome e Nome					
luogo e data di nascita					
indirizzo					
città/provincia/CAP					
professione esercitata	<input type="checkbox"/> medico chirurgo oppure odontoiatra <input type="checkbox"/> si può barrare una sola casella ↑ (medico o odontoiatra)				
Disciplina esercitata (indicare la disciplina medico-chirurgica per la quale si richiedono i crediti)	_____ obbligatorio inserire la disciplina o il codice di disciplina				
stato contrattuale - si può barrare una sola casella	<table border="1"> <tr> <td>libero professionista</td> <td>dipendente</td> <td>convenzionato</td> <td>privo di occupazione</td> </tr> </table>	libero professionista	dipendente	convenzionato	privo di occupazione
libero professionista	dipendente	convenzionato	privo di occupazione		
Iscrizione n. _____	Ordine Prov. Medici Ch. e degli Odontoiatri di _____				
intende acquisire i crediti quale:	<input type="checkbox"/> ISCRITTO ALBO MEDICI CHIRURGHI oppure				
	<input type="checkbox"/> ISCRITTO ALBO ODONTOIATRI si può barrare una sola casella ↑ (medici o odontoiatra)				
codice fiscale					
indirizzo mail					
indirizzo PEC					
telefono					
cellulare					

La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti da Agenas e dal Ministero della Salute per l'accREDITAMENTO ecm. La FNOMCeO, Provider per questo Evento, non si assume la responsabilità per l'inserimento di dati errati oppure illeggibili. Le schede incomplete non verranno accettate. Ai sensi del Regolamento 2016/679/EU (GDPR), La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati solo per l'invio di materiale amministrativo e promozionale derivante dalla nostra attività. La informiamo, inoltre, che, ai sensi degli artt. 12,13,15,17,18,20,21, Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge. Titolare del trattamento è la FNOMCeO.

Data _____

Firma _____

Si raccomanda di compilare la scheda di iscrizione IN TUTTE le sue parti e di trasmetterla all'Ordine: tramite Fax, al n. 0775853163 oppure tramite propria pec da inviare esclusivamente all'indirizzo segreteria.fr@pec.omceo.it

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
N. progressivo di iscrizione _____	ricevuto in data _____