

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO ECM "APPROPRIATEZZA DELLE CURE"

Cognome	
Nome	
luogo e data di nascita	
indirizzo	
città/provincia/CAP	
professione	
disciplina <small>indicare quella per la quale si richiedono i crediti</small>	
attività	<input type="checkbox"/> libero professionista <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> convenzionato
iscritto ordine di Frosinone intende acquisire i crediti quale: (barrare una sola casella)	<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 corso ECM " Appropriatezza delle Cure ", e sceglie come data preferenziale per la partecipazione il giorno:	
<input type="checkbox"/> SABATO 21 SETTEMBRE	
<input type="checkbox"/> VENERDI' 27 SETTEMBRE	
<input type="checkbox"/> SABATO 28 SETTEMBRE	

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 _____

data assegnata _____

Frosinone _____

_____ firma dell'incaricato che riceve l'istanza