

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'EVENTO ECM del 25.10.2013

"Malattie Professionali Emergenti. Aspetti epidemiologici, clinici, diagnostici e medico-legali"

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 nell'albo dei Medici Chirurghi di Frosinone	al N. _____
CODICE FISCALE	
indirizzo mail	
indirizzo PEC	
telefono	
cellulare	
fax	

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 _____

Frosinone _____

_____ firma dell'incaricato che riceve l'istanza