

SCHEDA DI ISCRIZIONE

PATOLOGIA CERVICOVAGINALE

EVENTO ECM :° 2603 – 205080 Ed. 1 del 12 e 13 ottobre 2017

CENTRO DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA "DANTE VECCHIONI" c/o OMCeO L'Aquila –
Via Giovanni Gronchi n°16, L'Aquila

Da inviare, entro e non oltre il 10.10.2017 a:
segreteria@ordinemediciaq.it o via fax al numero 0862/24371

COGNOME			
NOME			
CODICE FISCALE			
LUOGO e DATA DI NASCITA			
INDIRIZZO			
TELEFONO			
EMAIL			
PROFESSIONE	MEDICO CHIRURGO		ODONTOIATRA
DISCIPLINA			

DIPENDENTE

LIBERO
PROFESSIONISTA

CONVENZIONATO

PRIVO DI
OCCUPAZIONE

Luogo e data

_____, li ____/____/____

Firma

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali.

Si informa che – ai sensi e per gli effetti di cui alla L.665/96 e successive modifiche ed integrazioni – i dati personali di cui alla presente verranno raccolti dal titolare Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e dei Odontoiatri di L'Aquila in propria banca dati solo ed esclusivamente per le finalità di gestione dei corsi ECM e realizzazione delle necessarie attività correlate a conseguenti. L'interessato ha facoltà di richiedere in ogni momento la rettifica o cancellazione dei propri dati.

DICHIARO DI ESSERE STATO INFORMATO E DI ACCONSENTIRE AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI COME DA INFORMATIVA DI CUI SOPRA.

Luogo e data

_____, li ____/____/____

Firma
