

SCHEDA DI ISCRIZIONE
CARCINOMA MAMMARIO

EVENTO ECM :° 2603-215146 DEL 17 Febbraio 2018

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 12.02.2018 a:
segreteria@ordinemediciaq.it o via fax al numero 0862/24371

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

DIPENDENTE *LIBERO PROFESSIONISTA* *CONVENZIONATO* *PRIVO DI OCCUPAZIONE*

Luogo e data

Firma

_____, li ____/____/____

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 deli 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

Firma

_____, li ____/____/____
