

SCHEDA DI ISCRIZIONE

PATOLOGIA TIROIDEA

neoplastica e non neoplastica

EVENTO ECM :° 2603-217455 del 03 Marzo 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 28.02.2018 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 ____/____/____
