

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
**MEDICINA E OBESITA'**

**EVENTO ECM :° 2603-226579 del 12 MAGGIO 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 09.05.2018 a:**

**[segreteria@ordinemediciaq.it](mailto:segreteria@ordinemediciaq.it) o via fax al numero 0862/24371**

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

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 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

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_