

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

## ESSERE MEDICO

EVENTO ECM :° 2603-257429 Ed. 1 del 23.03.2019

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 21.03.2019 a:**  
**[segreteria@ordinemediciaq.it](mailto:segreteria@ordinemediciaq.it) o via fax al numero 0862/24371**

COGNOME			
NOME			
CODICE FISCALE			
LUOGO e DATA DI NASCITA			
INDIRIZZO			Città
TELEFONO			
EMAIL			
PROFESSIONE	MEDICO CHIRURGO		ODONTOIATRA
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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_