

SCHEDA DI PREISCRIZIONE AL CORSO ECM DAL TITOLO

“CORSO TEORICO-PRATICO SULL’EMERGENZA – URGENZA”

SEDE: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - REGGIO CALABRIA -

14-21-22-26-28 SETTEMBRE 2017 (N.5 GIORNATE-PRESENZA OBBLIGATORIA A TUTTE LE GIORNATE)

Preiscrizione da inviare DA GIORNO 14/07/2017 DALLE ORE 08:30 via fax (0965/893074) o via e-mail segreteria@omceo.rc.it

Per ulteriori informazioni cliccare sul sito dell’Ordine omceo.rc.it (sezione corsi ecm)

DESTINATARI:

Il corso, accreditato ECM (N.48,8 CREDITI),

è rivolto prioritariamente a n. 40 medici chirurghi di età inferiore ai 40 anni.

Dati del partecipante: *da compilare in modo leggibile.*

TUTTI I DATI SONO NECESSARI.

cognome _____

nome _____

Dati OBBLIGATORI:

nato a (città, provincia) _____ () il _____

codice fiscale _____

in alternativa al codice fiscale:

città e numero di iscrizione Ordine dei Medici _____

Professione: **Medico Chirurgo**

Disciplina: _____

Contratto di Lavoro: Libero professionista Dipendente Convenzionato Privo di occupazione

qualifica (universitaria od ospedaliera) _____

ente/istituto di appartenenza _____

via _____ città (prov.) _____ CAP _____

telefono _____ fax _____

e-mail _____

RESIDENZA: via _____ città (prov.) _____ CAP _____

telefono _____ cellulare _____

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali nel pieno rispetto degli obblighi di correttezza, libertà e trasparenza imposti dalla Legge 196/03, e successive modifiche ed integrazioni, sulla tutela delle persone ed altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

I dati raccolti saranno trattati, mediante strumenti manuali e/o informatici, nell’ambito di finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione della pratica per il Programma Nazionale per la Formazione Continua degli Operatori della Sanità. Titolare del trattamento: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri – Reggio Calabria.

Esprimo il Consenso

Nego il Consenso

Data _____

Firma _____