

## **SCHEDA DI PREISCRIZIONE AL CORSO ECM DAL TITOLO**

### **“Prevenzione vaccinale e assistenza ai malati affetti da SARS-COV-2”**

**SEDE: Sala “Chiesa di San Francesco D’Assisi” - Via Nazario Sauro n.23 – Gerace (RC) 27 MAGGIO 2023**  
**Preiscrizione da inviare DA GIORNO 04/05/2023 DALLE ORE 08:30 solo tramite via e-mail**  
**[segreteria@omceo.rc.it](mailto:segreteria@omceo.rc.it)**

**Per ulteriori informazioni cliccare sul sito dell’Ordine [omceo.rc.it](http://omceo.rc.it) (sezione formazione – corsi e istruzione)**

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:** \_\_\_\_\_

**Attività:**      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, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03, 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 \_\_\_\_\_