

## SCHEMA DI PRESCRIZIONE AL CORSO ECM DAL TITOLO

**“Disturbo della condotta e del comportamento alimentare: obesità, bulimia, anoressia e malnutrizione in età pediatrica.”**

**SEDE: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - REGGIO CALABRIA - 24 NOVEMBRE 2018**

**Preiscrizione da inviare DA GIORNO 24/10/2018 DALLE ORE 08:30 via fax (0965/893074) o 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 Privato 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 \_\_\_\_\_