

SCHEMA DI PRESCRIZIONE AL CORSO ECM DAL TITOLO
“LA CELIACHIA ED I DISTURBI GLUTINE CORRELATI:
Luci, Ombre, Abbagli.”

SEDE: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - REGGIO CALABRIA - 19 GENNAIO 2019
Preiscrizione da inviare DA GIORNO 04/01/2019 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 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 _____