

**SCHEMA DI PRESCRIZIONE AL CORSO ECM DAL TITOLO**

**“La neuroradiologia della Calabria”**

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

**sabato 30 marzo - sabato 18 maggio**

**venerdì 20 settembre - venerdì 15 novembre 2019**

**(N.4 GIORNATE-PRESENZA OBBLIGATORIA A TUTTE LE GIORNATE)**

**Preiscrizione da inviare DA GIORNO 18/03/2019 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       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 \_\_\_\_\_