



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI AREZZO

Viale Giotto 134 – 52100 Arezzo - Tel. 0575/22724 – Fax 0575/300758

e –mail: chirurghi@omceoar.it – pec: segreteria.ar@pec.omceo.it

Sito web: www.omceoar.it

Istruzioni per la compilazione della domanda:

- 1) Compilare elettronicamente oppure scrivere in modo leggibile
- 2) Le domande illeggibili non potranno essere considerate
- 3) Compilare tutti i campi richiesti

**Workshop nazionale
CONSUMISMO SANITARIO**

11 e 12 Dicembre 2014 - Auditorium Pieraccini Ospedale San Donato di Arezzo

Evento n. 2603-111951 - Crediti ECM assegnati: n. 12, accreditato per Medici chirurghi e Odontoiatri

DATI PERSONALI

| | |
|--|--|
| Cognome: | Nome: |
| Data di nascita (gg/mm/aa): | Luogo di nascita: (Prov.) |
| Stato (se diverso da ITALIA) | Genere: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Indirizzo: | |
| Città: | Provincia: |
| CAP: | Regione: |
| Telefono: | Fax: |
| E-mail: | |
| Codice Fiscale: (obbligatorio per ECM) | |
| Ente di appartenenza: | |
| Indirizzo: | |
| Città: | Provincia: |
| CAP: | Regione: |
| Telefono: | Fax: |

NB: questi recapiti verranno utilizzati dalla segreteria per le future comunicazioni

MODALITÀ DI ISCRIZIONE, SELEZIONE E AMMISSIONE:

La domanda, debitamente compilata, stampata e firmata, deve essere inviata via fax o e-mail alla Segreteria Organizzativa (Ordine dei Medici di Arezzo, fax 0575-300758, chirurghi@omceoar.it) entro il 6/12/2014. Le iscrizioni saranno accettate fino al raggiungimento del numero massimo previsto (150).

Firma.....

Data.....

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:

La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini amministrativi concernenti il rapporto di collaborazione con questo Istituto di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall'art. 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi. Si informa inoltre che il titolare del trattamento è l'Ordine dei Medici di Arezzo.

Firma.....

Data.....