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

21 e 22 settembre 2016 - Ordine dei Medici chirurgi e odontoiatri di Arezzo – Viale Giotto 134. Arezzo

Evento n. 2603- 170077 - Crediti ECM assegnati: n. 8, accreditato per Medici chirurghi e Odontoiatri

DATI PERSONALI

Cognome:									**Nome:**							
Data di nascita (gg/mm/aa):									**Nato/a a:**					**(Prov.)**		
Stato (se diverso da ITALIA)											**Genere:**		**M** ☐	**F** ☐		
Indirizzo:																
Città:									**Provincia:**							
CAP:									**Regione:**							
Telefono:									**Fax:**							
E-mail:																
Codice Fiscale: (obbligatorio per ECM)																
Qualifica professionale:																
Disciplina:																
Specializzazione:																
Iscritto all'Albo Medici Chirurghi e Odontoiatri di														**n.**		
Attività svolta: libero professionista ☐ **Dipendente** ☐ **Convenzionato** ☐																

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 **16 Settembre 2016**. Le iscrizioni saranno accettate fino al raggiungimento del numero massimo previsto.

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**.....