



MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO ECM 279029-2502
Giovedì 7 e Venerdì 8 novembre 2019
"Sicurezza alimentare: confronto aperto sull'attualità e sul futuro della professione veterinaria"
10 crediti ECM

COGNOME E NOME

luogo e data di nascita

indirizzo

città/provincia/CAP

Professione esercitata

Medico Veterinario

Medico SIAN

Tecnico di Laboratorio

Specializzazione

indicare quella per la quale si richiedono i crediti

stato contrattuale
(barrare una sola casella)

libero
profes
sionista

dipen
dente

privo di
occup
azione

iscritto Ordine dei Medici Veterinari della
Provincia di Frosinone al n.

iscritto Ordine dei Medici Veterinari della
Provincia di Al n.

CODICE FISCALE

indirizzo mail

indirizzo PEC

telefono

cellulare

fax

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla "Protezione delle Persone Fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla Libera Circolazione di tali Dati" e del precedente D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Data

Firma

Si raccomanda di compilare la scheda di iscrizione **IN TUTTE** le sue parti e di trasmetterla via fax al **n. 0775853163** o per posta elettronica all'indirizzo:
segreteria@ordineveterinarifrosinone.it

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

N° iscrizione al corso

data assegnata

Frosinone

firma dell'incaricato che riceve l'istanza

--	--