



Evento formativo accreditato ECM con riferimento ministeriale n. 356-48208

Evento formativo:
"CORSO IN LASER TERAPIA PER ODONTOIATRI"
Messina 1 Dicembre 2012 - Auditorim "G. Martino" dell'Ordine

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

(da presentare agli uffici dell'Ordine dei Medici di Messina o inviare al fax n. 090-694555)

Cognome e Nome _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

Comune di residenza _____ Prov. ()

indirizzo _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

con la presente manifesta il proprio interesse e dichiara la sua disponibilità a partecipare, in qualità di discente, all'evento formativo specificato in epigrafe, prendendo nota che i dati riportati in questo foglio saranno trasmessi alla Commissione Nazionale per il Programma di Educazione Continua in Medicina a cura dell'Age.na.s.

Allega ricevuta di avvenuto versamento di € 50,00 sul c/c bancario intestato a "Ordine provinciale Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Messina", acceso presso BNL Gruppo BNP PARIBAS - Messina Sede - Codice IBAN: IT 14 L 01005 16500 00000026297 - Causale: Corso laserterapia in odontoiatria.

Note per il partecipante

L'iscrizione si intende perfezionata al ricevimento, a mezzo e-mail o fax, della presente scheda di iscrizione compilata in tutte le sue parti unitamente alla copia di versamento tramite bonifico bancario.

Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali

L'Ordine, rispetta la Sua riservatezza conformemente ai termini del nuovo Codice sulla Privacy D.Lgs. 196/2003. Lo stesso garantisce che i Suoi dati non verranno condivisi da nessun altro soggetto, ma saranno utilizzati ed opportunamente trattati per i fini inerenti e conseguenti l'iniziativa oggetto della presente. Tali dati saranno conservati sotto forma cartacea e saranno immessi in un personal computer dotato di idonee misure di sicurezza. I dati stessi non saranno oggetto di diffusione e non saranno comunicati a terzi senza la preventiva autorizzazione.

Sulla base delle informazioni sopra riportate, do il mio consenso, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei miei dati personali sopra riportati.

Data

Firma