



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 000000026297 - 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 .....