



Evento formativo accreditato ECM con riferimento ministeriale n. 356-49596

Corso di formazione ed aggiornamento su:
**“NEUROPATIE DA LAVORO: IDENTIFICAZIONE E NORME
COMPORAMENTALI DA PARTE DEL MEDICO COMPETENTE”**
Messina 22 Dicembre 2012 – Aula Magna Medicina del Lavoro del Policlinico Universitario

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 _____

Disciplina:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> neurologia | <input type="checkbox"/> medici di famiglia |
| <input type="checkbox"/> neurochirurgia | <input type="checkbox"/> neuroradiologia |
| <input type="checkbox"/> medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro | <input type="checkbox"/> neurofisiopatologia |

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 del Ministero della Salute.

Allega ricevuta di avvenuto versamento di € 50,00 sul c/c postale n. n.13746987 intestato a "Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina"

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