Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina

Ente di Diritto Pubblico D.L.C.P.S. 13.09.1946 n.233

Evento formativo accreditato ECM con riferimento ministeriale n. 356-140153

Corso di formazione ed aggiornamento su:

"METODOLOGIA MEDICO-LEGALE NELLA CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO NEI VARI AMBITI DI TUTELA PREVIDENZIALE ED IN RESPONSABILITÀ CIVILE"

Messina 16 e 17 ottobre - 6 e 7 novembre 2015
Auditorium "Gaetano Martino" della sede 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 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

❑ Medico Chirurgo ❑ Odontoiatra

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 € 30,00 sul c/c bancario intestato a "Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina" acceso presso Banco Popolare Siciliano, sede di Messina, codice IBAN IT57L0503416500000000001528

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 .....