



Fondazione "Cultura e Salute"
O.N.L.U.S



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Messina

Richiesta di iscrizione ad Evento Formativo



Compilare in stampatello in maniera leggibile

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

Comune di residenza _____ Prov. () _____

Indirizzo _____

Tel. _____ Fax _____

Cellulare _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medico di Assistenza Primaria | <input type="checkbox"/> Pediatra di Libera scelta |
| <input type="checkbox"/> Medico addetto ai servizi di Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Specialista Ambulatoriale |
| <input type="checkbox"/> Medico addetto ai servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico 1° livello |
| <input type="checkbox"/> Medico addetto alla Medicina dei Servizi | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico 2° livello |
| <input type="checkbox"/> Medico Specialista Convenzionato Esterno | <input type="checkbox"/> Medico Universitario |
| <input type="checkbox"/> Altro | <input type="checkbox"/> Libero professionista |

CHIEDE di essere iscritto al sottoindicato evento formativo ECM

Titolo dell'evento: Svolgimento diretto da parte del datore di lavoro dei compiti di prevenzione e protezione dai rischi _____

che si svolgerà a Messina Prov. _____ il _____ Data da destinarsi _____

presso: Auditorium "G. Martino" dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Messina

Allega ricevuta di avvenuto versamento di € 144,00 sul c/c postale n.36026953 intestato a "Fondazione Cultura e Salute o.n.l.u.s. - Messina"

_____ data

_____ Firma