**SCHEDA D’ISCRIZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

professione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

disciplina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dipendente  Convenzionato SSN  Libero profess. in ambito sanitario  Senza occupazione

Sede di lavoro:

Ospedale/altro...................................................................................................................................................................... Unità Operativa .................................................................................................Ruolo ........................................................

Via/Piazza, ecc.. ........................................................nr. ............... CAP................................. Città...................................................................................................................... Prov............................

tel.: .................................................... fax: .................................................. cell.: ..............................................................

chiede di partecipare all’edizione residenziale del Corso FNOMCeO ECM-FAD **SALUTE E AMBIENTE "Pesticidi, cancerogenesi, radiazioni ionizzanti, campi elettromagnetici e antibiotico resistenza"** accreditato con 15 crediti formativi in qualità di :

* Medico Chirurgo

* Odontoiatra

N.B. **Il Convegno è rivolto agli iscritti all’OMCeO di Campobasso**. Le iscrizioni saranno accettate in base alla data di arrivo delle schede e fino al massimo previsto. Sarà comunque possibile iscriversi in sede di corso, salvo disponibilità di posti. Inviare la scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte, o via e-mail a: **info@ordinedeimedici.cb.it** oppure via fax al numero **0874/618358**. Quota di partecipazione € 10,00

Lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

***Eventuali impedimenti alla partecipazione all’evento formativo dovranno essere comunicati tempestivamente alla segreteria organizzativa; è necessario altresì contattare la stessa per conferma di iscrizione al corso!***

**Provider: ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DICAMPOBASSO**

**Per informazioni e prenotazioni :**

**tel. 0874 69177, fax 0874 618358 ;** [**www.ordinedeimedici.cb.it**](http://www.ordinedeimedici.cb.it)**;** **info@ordinedeimedici.cb.it**

Il/la sottoscritto/a autorizza l’OMCeO della provincia di Campobasso a trasmettere, per via telematica, così come previsto dalle disposizioni vigenti, i suddetti dati personali alla Segreteria Regionale ECM ed al CoGeAPS, e a conservare il tutto presso i propri archivi nel rispetto del D.Lgvo 196/2003, sulla tutela della privacy.