SCHEDA DI ISCRIZIONE

**(da compilare in modo leggibile)**

Lebbra e Follia: Dall’Esclusione Sociale ai Diritti Umani – 10 Crediti Formativi

Sabato 7 Novembre 2015

E’ obbligatorio compilare tutti i campi richiesti. La mancanza o l’inesattezza di un solo campo può compromettere il rilascio dell’attestato dei crediti formativi ECM

NUMERO D’ISCRIZIONE ALL’ALBO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LUOGO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV.\_\_\_\_\_

E MAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV.\_\_\_\_\_TEL.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FAX\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CELLULARE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INVIARE LA SCHEDA ENTRO IL 5 Novembre 2015 a:**

Segreteria Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Via L. Settembrini 8 – Catanzaro – via Fax al numero 0961741622 o tramite e mail: [ordinedeimedicicz@virgilio.it](mailto:ordinedeimedicicz@virgilio.it).

Con l’invio del presente modulo autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs n. 196/03.

Le informazioni saranno utilizzate per trasmettere i dati dei partecipanti richiesti dal Ministero della Salute per il rilascio dei crediti ECM

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_