

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Corso d'aggiornamento teorico pratico per **MEDICI - CHIRURGHI** Scheda d'iscrizione

Cognome **Nome**

Nato a **provincia** **il**

PROFESSIONE: MEDICO

Specificare la professione svolta

Recapito tel. Cellulare e- mail

INDIRIZZO :

VIA..... n°.....

CAP..... CITTA' (.....)

CODICE FISCALE..... Partita IVA.....

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al corso aggiornamento dal titolo :” **AMBIENTE E SALUTE: PROBLEMATICHE TERRITORIO PROVINCIA DI CROTONE**”

Iscrizione diretta presso la segreteria organizzativa dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Viale Regina Margherita 5 tel. 0962/21240 88900 Crotone

Li,.....

Firma

Ai sensi della L. 675/96 vi autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità strettamente connesse al Corso.

Li,.....

Firma

N.B. - I numero dei posti è limitato, pertanto le iscrizioni saranno accettate nei limiti dei posti previsti e seguendo l'ordine cronologico della richiesta pervenuta.

Si chiede prima dell'iscrizione di verificare la disponibilità dei posti disponibili.

Per informazioni telefonare a segreteria organizzativa: **0962/21240**;

*

Compilare in stampatello- **obbligatori i dati in grassetto**