

MODULO DI ISCRIZIONE



NOME _____

COGNOME _____

CODICE FISCALE _____

PROFILO PROFESSIONALE:

MEDICO: SPECIALIZZAZIONE _____

FARMACISTA Farmacia Ospedaliera BIOLOGO INFERMIERE FISIOTERAPISTA
 Farmacia Territoriale

TIPO DI IMPIEGO: LIBERO PROF. DIPENDENTE CONVENZIONATO PRIVO DI OCCUPAZIONE

ISCRIZIONE ALBO n. (Ordine/Collegio/Associazione Prof.) _____

INDIRIZZO _____

CITTA' _____

CAP _____ PROV _____ TEL. _____ E-MAIL _____

DATA _____ FIRMA _____

I dati forniti sono necessari per l'invio della conferma iscrizione e della documentazione dettagliata. Il trattamento dei dati è effettuato, oltre che per le finalità sopradette, anche per l'invio di future informazioni su tematiche scientifiche e didattiche. Si manifesta altresì il proprio consenso ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/03.

DATA _____ FIRMA _____

Inviare per posta, e-mail o fax alla Segreteria Organizzativa e telefonare per avere conferma dell'avvenuta iscrizione

Provider ECM e Segreteria Organizzativa



Corso Amendola, 45 - 60123 Ancona
tel. 071 2071411 - fax 071 2075629 - www.congredior.it - info@congredior.it