



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



Nome del Provider **FNOMCeO** ID **2603**

Titolo dell'evento: Corso di formazione AMR ONE HEALTH

Data 19/11/2019 ID Evento 280366 Edizione 1

SCHEDA ANAGRAFICA

Da compilare in stampatello in maniera chiara e leggibile

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

PROFESSIONE _____

DISCIPLINA _____

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

PRIVO DI OCCUPAZIONE

ENTE DI APPARTENENZA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____

La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti da AgeNaS e dal Ministero della Salute per l'accreditamento ECM.

La FNOMCEO, Provider per questo Evento, non si assume la responsabilità per l'inserimento di dati errati oppure illeggibili. Le schede incomplete non verranno accettate.

Ai sensi del Regolamento 2016/679/EU (GDPR), La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati solo per l'invio di materiale amministrativo e promozionale derivante dalla nostra attività. La informiamo, inoltre, che ai sensi degli artt. 12,13,15,17,18,20,21 Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge. Titolare del trattamento è FNOMCEO.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03

Data _____