



SCHEDA DI ISCRIZIONE EVENTO ECM

Da inviare tramite mail formazione@ordinemedicipa.it

MESSINA	27 OTTOBRE 2022
Sede Ordine dei Medici Via Bergamo 47/A	

COGNOME	NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE
INDIRIZZO	CAP- CITTA'
RECAPITO TEL.	
PROFESSIONE	SPECIALIZZAZIONE
E-MAIL	

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" al solo scopo organizzativo e promozionale dell'attività formativa. In qualsiasi momento potrò chiedere la cancellazione, variazione e visione dei miei dati.

Data _____

Firma _____