



Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Palermo



Regione Siciliana
Assessorato alla Salute

TITOLO CORSO: **Progetto Trinacria – Obiettivo 2**

SEDE: **OMCeO CALTANISSETTA**

SCHEDA DI ISCRIZIONE

NOME E COGNOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

CAP-CITTA' _____

TELEFONO _____

EMAIL _____

PROFESSIONE _____

SPECIALIZZAZIONE _____

ATTIVITA' *Medico Medicina Generale* *Continuità Assistenziale* *Pediatra di Libera Scelta*

Sede di svolgimento attività/incarico _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 101/2018 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarò mia cura informarvi di eventuali cambiamenti.

FIRMA DEL PARTECIPANTE
