



SCHEDA ISCRIZIONE EVENTO N. 2603 - 417848

“Urgenze emergenze Pediatriche”.

Aula conferenze “Donata Marchi” Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Nuoro
Sede Via Sant’Emiliano ang. Via Gramsci,59, Nuoro
Sabato 11.05.2024 ore 08,30 – 18,00

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in Via _____

CAP _____ Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

mail _____ codice fiscale n° _____

Professione Medico Chirurgo iscritto all’Albo dei Medici Chirurghi di Nuoro al n. _____;

Professione Odontoiatra iscritto all’Albo degli Odontoiatri di Nuoro al n. _____;

barrare se: Dipendente Libero professionista Convenzionato

qualifica _____;

CHIEDE L’ISCRIZIONE

al corso

“Urgenze emergenze Pediatriche”.

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR (Regolamento U.E. n. 2016/679) consente al trattamento dei dati personali forniti.

Data _____

Firma dell’interessato

Posti disponibili n. 100 – con precedenza agli iscritti all’Ordine di Nuoro.

Crediti ECM assegnati n. 9.

Fax 0784 208668 - email segreteria@ordinemedicinuoro.it, scadenza iscrizioni 06 Maggio 2024.

Responsabile evento Rag. Giulio Antonio Mingioni