



**MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO ECM 279029-2502**  
**Giovedì 7 e Venerdì 8 novembre 2019**  
**"Sicurezza alimentare: confronto aperto sull'attualità e sul futuro della professione veterinaria"**  
**10 crediti ECM**

COGNOME E NOME	
luogo e data di nascita	
indirizzo	
città/provincia/CAP	
Professione esercitata	Medico Veterinario      Medico SIAN      Tecnico di Laboratorio
Specializzazione <small>Indicare quella per la quale si richiedono i crediti</small>	
stato contrattuale <b>(barrare una sola casella)</b>	<input type="checkbox"/> libero professionista <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> privo di occupazione
iscritto Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Frosinone al n.	iscritto Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di ..... Al n.
CODICE FISCALE	
indirizzo mail	
indirizzo PEC	
telefono	
cellulare	
fax	
<p>Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla "Protezione delle Persone Fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla Libera Circolazione di tali Dati" e del precedente D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".</p>	

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si raccomanda di compilare la scheda di iscrizione **IN TUTTE** le sue parti e di trasmetterla via fax al n. 0775853163 o per posta elettronica all'indirizzo: [segreteria@ordineveterinari.frosinone.it](mailto:segreteria@ordineveterinari.frosinone.it)

<b>PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO</b>	
N° iscrizione al corso _____	data assegnata _____
Frosinone _____	_____
	<small>firma dell'incaricato che fa ve istanza</small>