**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**L’ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI TRAPANI ORGANIZZA L’EVENTO FORMATIVO SUL TEMA:**

**“ *IL CERTIFICATO MEDICO: OBBLIGHI E RESPONSABILITA’ DEL PRESCRITTORE “***

 **TRAPANI 22 APRILE 2023 AULA CONFERENZE ORDINE DEI MEDICI**

COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.a.p.\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ORDINE DEI MEDICI i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° ISCRIZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROFESSIONE\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ENTE DI APP..ZA.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**L’EVENTO E’ ACCREDITATO PER MEDICO CHIRURGO E ODONTOIATRA.**

PER ISCRIVERSI INVIARE LA PRESENTE SCHEDA COMPILATA ALL’ INDIRIZZO E-mail: **segreteria@omceotrapani.it**

**PER INFO: 0923 22249 NEGLI ORARI D’ UFFICIO.**

**Le iscrizioni verranno accettate secondo l’ordine cronologico di arrivo fino al raggiungimento del target 80 Medici.**

FIRMA

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A norma della legge 675/96 e successive modifiche autorizzo al trattamento dei miei dati personali sia ai fini del presente corso che nell’ambito dell’associazione

Lì, FIRMA