



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

“**APPROPRIATEZZA E CERTIFICAZIONI: OBBLIGHI E RESPONSABILITA' DEL  
MEDICO PRESCRITTORE**”

**TRAPANI 13 APRILE 2024 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](mailto: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

Li,

FIRMA

\_\_\_\_\_