

# MODULO DI ISCRIZIONE



NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PROFILO PROFESSIONALE:

MEDICO: SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

FARMACISTA  Farmacia Ospedaliera  BIOLOGO  INFERMIERE  FISIOTERAPISTA  
 Farmacia Territoriale

TIPO DI IMPIEGO:  LIBERO PROF.  DIPENDENTE  CONVENZIONATO  PRIVO DI OCCUPAZIONE

ISCRIZIONE ALBO n. (Ordine/Collegio/Associazione Prof.) \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

I dati forniti sono necessari per l'invio della conferma iscrizione e della documentazione dettagliata. Il trattamento dei dati è effettuato, oltre che per le finalità sopradette, anche per l'invio di future informazioni su tematiche scientifiche e didattiche. Si manifesta altresì il proprio consenso ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/03.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Inviare per posta, e-mail o fax alla Segreteria Organizzativa e telefonare per avere conferma dell'avvenuta iscrizione

## Provider ECM e Segreteria Organizzativa



Corso Amendola, 45 - 60123 Ancona  
tel. 071 2071411 - fax 071 2075629 - [www.congredior.it](http://www.congredior.it) - [info@congredior.it](mailto:info@congredior.it)