

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare in STAMPATELLO ed inviare via email a FIMMG Firenze: firenze@fimmg.org

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome

Nome

Data e Luogo di nascita

Recapito telefonico

Indirizzo e-mail

Indirizzo Residenza

C.A.P. Città Provincia

Professione: Disciplina:

Profilo lavorativo e professionale:

- Libero Professionista** **Dipendente del SSN**
 Convenzionato con il SSN nel Settore _____
 Medico iscritto al Corso di Formazione triennale di Medicina Generale
 Specializzando in _____
 Privo di occupazione _____

CHIEDO L'ISCRIZIONE AL CORSO E SONO INTERESSATO AI CREDITI ECM:

CHIEDO L'ISCRIZIONE AL CORSO IN QUALITA' DI Uditore (SENZA CREDITI ECM):

Giovedì 20 Settembre 2018 (orario 14-20)

Giovedì 18 Ottobre 2018 (orario 14-20)

Sabato 17 Novembre 2018 (orario 9-13)

Sabato 15 Dicembre 2018 (orario 9-13)

Esprimo il mio consenso relativo al trattamento dei dati personali, secondo il Decreto Legislativo 196 del 2003 (legge sulla privacy) relativamente a future informazioni di carattere istituzionale e formativo di FIMMG.

Data _____

Firma _____