



Ordine dei
Medici
Chirurghi
e degli
Odontoiatri
della provincia
di **Belluno**



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Titolo dell'evento: **COSA CONOSCIAMO DELLE MALATTIE
SESSUALMENTE TRASMESSE (MST)?**

Nome del Provider: FNOMCeO ID: 2603 ID Evento: 399727

Data: **Sabato 25 novembre 2023 8:00 – 13:30**

Sede: **Sala riunioni Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Belluno**

Crediti ECM: N. 5

Il Convegno è a numero chiuso: il numero massimo è di **70 PARTECIPANTI**

Le iscrizioni saranno accettate in base alla data di arrivo delle schede e fino al massimo previsto.

Pre-iscrizione obbligatoria **entro martedì 21 novembre 2023** con invio della scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte a: segreteria@ordinemedicibelluno.it

Qualifica

MEDICO CHIRURGO

Disciplina esercitata

Profilo professionale attuale (barrare la casella di interesse)

Dipendente

Convenzionato SSN

Libero professionista in ambito sanitario

Non occupato

Dati personali

Cognome Nome.....

Luogo di nascita (Città e Prov.)

Data di nascita Codice fiscale



Ordine dei
Medici
Chirurghi
e degli
Odontoiatri
della provincia
di **Belluno**



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Iscrizione OMCeO Belluno Nr.

Indirizzo - Via/Piazza nr.

CAP..... Città' Prov.....

Email

Sede di lavoro

Ospedale/Studio Privato/altro.....

Unità Operativa

Ruolo

Data

Firma

INFORMATIVA PER LA TUTELA DEI DATI PERSONALI ED AUTORIZZAZIONE

Con la presente La informiamo che ai sensi del Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, i dati da Lei forniti verranno trattati da OMCeO Belluno.

Il trattamento sarà effettuato manualmente e/o con l'ausilio di mezzi elettronici e telematici ed il conferimento dei dati richiesti è:

- obbligatorio per quelli destinati a perseguire gli scopi previsti dalla Legge, inclusi il Regolamento ECM e tutta la Normativa applicabile in materia di ECM.

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, CON RIFERIMENTO AL TRATTAMENTO OBBLIGATORIO DEI MIEI DATI E ALLA LORO COMUNICAZIONE A TERZI:

- Do il consenso
- Nego il consenso

Le ricordiamo che negare il consenso del trattamento per gli scopi OBBLIGATORI comporta per Lei l'impossibilità di prendere parte, a qualunque titolo, all'evento formativo e di acquisirne gli eventuali crediti formativi ECM. La scheda compilata e sottoscritta consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti da AgeNaS e dal Ministero della Salute per l'accreditamento ECM.

Data

Firma
