



**ECM VENETO
ID132**

Modulo d'iscrizione Eventi ECM

Dr. _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ Cap _____

Tel. _____ Cell _____

Fax _____ E-mail _____

Codice fiscale _____

Iscritto all'Ordine dei _____ della Provincia di _____ al n. _____

Provincia dove esercita prevalentemente _____

Profilo professionale attuale :L.P. DipSSN area A B C altro

Reclutato dallo sponsor: si no

Autorizzo l'Associazione Giovanni Vincenzi a trattare i miei dati personali forniti con la presente dichiarazione ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196 s.m.i

Data _____

Firma _____