

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

COGNOME E NOME _____

NATO A _____ IL _____

DOMICILIATO A (COMUNE) _____

INDIRIZZO _____

TEL. FISSO _____ CELL. _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____

QUALIFICA PROFESSIONALE _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

Chiedo di poter partecipare al modulo !_! con accreditamento ECM !_! come uditore

Data

Firma

L'evento è in corso di accreditamento (per un massimo di 100 partecipanti) per le seguenti figure professionali: medici del lavoro, medici epidemiologi, assistenti sanitari, infermieri professionali, biologi, chimici, ingegneri, tecnici della prevenzione.

Le iscrizioni potranno essere inviate all'indirizzo mail: arabella.noe@sanita.marche.it o al numero di fax: 0733 823815 non oltre il 23.05.2015

Esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati sopra indicati per le sole finalità consentite dalla Legge 675/96 e successive modificazioni e integrazioni.