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

LA SORVEGLIANZA DELLE CONDIZIONI E DELLE LESIONI PRECANCEROSE IN GASTROENTEROLOGIA

sabato 21 Ottobre 2023
Aula Convegni Ospedale S. Martino Belluno

Evento accreditato con n. 5 crediti ECM

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 17 ottobre 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 ……

Iscrizione OMCeO Belluno Nr. ……

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

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Indirizzo - Via/Piazza ..... nr. .....
CAP..... Città' ..... Prov.....

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:
1.- 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 LOROCOMUNICAZIONE 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.

Data **Firma**

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