

**SCHEDA DI ISCRIZIONE ECM**

COGNOME Dott \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTA ' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ CODICE DESTINATARIO \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_ DISCIPLINA \_\_\_\_\_

ISCRITTO ALL'ORDINE \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

DIPENDENTE  CONVENZIONATO  LIBERO PROFESSIONISTA

E-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Da compilare in tutte le sue parti e rendere alla segreteria organizzativa. La mancata restituzione o la compilazione incompleta comportano l'esclusione dalla registrazione per i crediti formativi ECM**

**I dati raccolti, in base alla legge n. 196 / 03 e al Regolamento UE 2016/679 saranno custoditi e gestiti per le sole informazioni relative allo svolgimento ed all'espletamento delle procedure relative al presente corso in seno all'attività di HHT Onlus e dell'Istituto di studi NOUS e/o finchè l'utente non ne chiederà la cancellazione**

**Ho capito ed accetto ( firma ) \_\_\_\_\_**

Inviare iscrizione a: [info@hhtonlus.org](mailto:info@hhtonlus.org)