



SCHEDA DI ISCRIZIONE

**SEMINARIO  
LE PROFESSIONI MEDICA ED ODONTOIATRICA  
SI INTERROGANO SULLA PROPRIA PREVIDENZA**

*Sabato 16 Febbraio 2019 - ore 08,00  
Hotel Diamante - Viale della Valletta, 180  
Alessandria - Loc. Spinetta Marengo*

**Inviare a:**  
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E  
DEGLI ODONTOIATRI DI  
ALESSANDRIA  
Via Pisacane 21- 15121 Alessandria (AL)  
Fax 0131.52455  
E-mail: omceo@ordinemedici.al.it

**E' IMPORTANTE PRECISARE  
LA DISCIPLINA**

NOME	
COGNOME	
LUOGO e DATA DI NASCITA	
INDIRIZZO	
CITTA'/PROVINCIA/CAP	
PROFESSIONE (specificare MEDICO CHIRURGO * O ODONTOIATRA)	
DISCIPLINA ESERCITATA PER LA QUALE SI INTENDE ACQUISIRE I CREDITI *	
ATTIVITA' *	<input type="checkbox"/> libero professionista <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> convenzionato
ISCRITTO ORDINE ALESSANDRIA <b>INTENDE ACQUISIRE I CREDITI QUALE:</b> ( <u>BARRARE UNA SOLA CASELLA</u> )	<input type="checkbox"/> ISCRITTO ALBO MEDICI CHIRURGI <input type="checkbox"/> ISCRITTO ALBO ODONTOIATRI
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO E-MAIL	
TELEFONO	
CELLULARE	
FAX	

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni, autorizzo al trattamento dei miei dati personali.

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

*Si raccomanda di compilare la scheda di iscrizione in tutte le sue parti, compreso il CODICE FISCALE, indispensabile al fine di ottenere l'attribuzione dei crediti formativi.*

**\* I campi contrassegnati sono obbligatori al fine di una corretta attribuzione dei crediti**