

**Modulo d’iscrizione**

**“L’ATTIVITA’ DEL MEDICO COMPETENTE:**

**ASPETTI NORMATIVI, TECNICI, FORMATIVI E PRATICI”**

**Evento accreditato ECM 50 crediti formativi**

**Le date: 31 gennaio, 28 febbraio, 20 marzo, 17 aprile, 8 maggio 2020.**

**Informazioni Partecipante:**

**Nome Cognome**

**Luogo di nascita Provincia di nascita Data di nascita**

**Codice fiscale**

 **Indirizzo Comune**

 **CAP Provincia**

 **Telefono Fax**

 **Cellulare E-mail**

 **Laurea Specializzazione**

 **N° d’iscrizione all’albo Provincia dell’Ordine d’iscrizione**

**Professione**

Specificare se: O Libero professionista O Dipendente O Convenzionato

**Dati per la fatturazione**

**Ragione sociale (ente di appartenenza)**

**Indirizzo**

**Comune CAP Provincia**

**Codice fiscale** **Partita IVA**

**Codice Destinatario e Indirizzo PEC**

**La quota d' iscrizione è di Euro 500,00.**

**Si provvede al versamento della quota di iscrizione entro il 15 novembre 2019.**

* + **a mezzo versamento sul Conto Corrente –IBAN IT73M0326804800052671519560**

**intestato all’ Associazione EFAP- Eventi, Formazione, Aggiornamento Professionale**

**Specificare causale “evento per medici del lavoro e indicare nome e cognome del partecipante”.**

**Inviare il modulo di iscrizione debitamente compilato in stampatello e firmato comprensivo della ricevuta dell'avvenuto pagamento** **via MAIL all’indirizzo** **associazione.efap@gmail.com** **all’attenzione della Dottoressa Maria Alessandra Pischedda.**

**Il sottoscritto autorizza espressamente il trattamento dei dati contenuti nel presente modulo di iscrizione ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 ‘GDPR’: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.**

**Data Firma per esteso**

**Per qualsiasi informazione rivolgersi alla segreteria organizzativa dell'EFAP:**

 **Dott.ssa Maria Alessandra Pischedda cell. 3346569320, e-mail** **mariaalessandrapischedda@gmail.com**