

CONVEGNO OMCeO
In collaborazione FEDERSPeV
COMMISSIONE TERRITORIO OSPEDALE

ACCANIMENTO TERAPEUTICO E NUTRIZIONE FORZATA

GIOVEDI' 17 gennaio 2019

Nome _____

Cognome _____

Codice Fiscale scritto in stampatello _____

Partita IVA _____

Luogo di nascita _____ Data ____/____/____ Prov _____

Ruolo:

Partecipante Relatore Segreteria Scientifica

Professione _____

Disciplina _____

Ordine o Collegio o Associazione professionale _____

Della Provincia o Regione _____

Provincia in cui opera Prevalentemente _____

Profilo lavorativo attuale:

Dipendente del SSN Convenzionato del SSN Libero professionista
 Odontoiatra Altro (specificare) _____

Indirizzo:

Via o Piazza _____

Comune _____

Tel.Amb. _____ tel. Casa _____

Cellulare _____

e-mail _____

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti del D.lgs n. 196 del 30/06/2003 e art. 13 GDPR 679/2016 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

17/01/2019

Firma _____