

SCHEDA DI PRE-REGISTRAZIONE

SI INVITA A COMPILARE ELETTRONICAMENTE LA PRESENTE SCHEDA IN OGNI SUA PARTE, SALVARLA ED A INVIARLA **ESCLUSIVAMENTE ALL'INDIRIZZO MAIL: SEGRETERIA@OMCEOCASERTA.IT**. SARANNO RITENUTE VALIDE LE RICHIESTE DI PARTECIPAZIONE IN ORDINE CRONOLOGICO DI ARRIVO, PER UN TOTALE DI 60 PARTECIPANTI, PIÙ 10 PARTECIPANTI CON RISERVA.

COGNOME E NOME : _____ NATO IL: __/__/_____

ISCRITTO/A ALL'ALBO: _____

DELLA PROVINCIA DI: _____

N. ISCR. : _____ DAL : __/__/_____

SPECIALIZZAZIONE/ALTRI TITOLI CONSEGUITI (*facoltativo*) :

RECAPITO CELLULARE : _____

E-MAIL : _____

PEC : _____

*Comunico la mia disponibilità a partecipare al corso di aggiornamento **"DISESTESIA E DOLORE NELL'ESTREMO CEFALICO: LE NUOVE SFIDE DELLA MEDICINA E DELL'ODONTOIATRIA"** organizzato presso la sede dell'Ente in data **26 Febbraio 2022**, secondo le modalità riportate nella brochure dell'evento in oggetto.*

In caso di impossibilità a partecipare al corso, mi impegno a comunicare tempestivamente la mia assenza alla segreteria dell'Ordine, inviando una mail a segreteria@omceocaserta.it.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) per le finalità inerenti esclusivamente alla gestione del corso ed al suo svolgimento.

DATA : _____

FIRMA : _____