



Ordine Provinciale dei
Medici-Chirurghi e degli
Odontoiatri di Caserta

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER SUTURE CHIRURGICHE
SABATO 27 MAGGIO 2017 DALLE ORE 8:30 ALLE ORE 12:30 (Tutti i campi sono obbligatori)**

Io sottoscritto/a:

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Nato/a a:	<input type="text"/>	Prov:	<input type="text"/> il: <input type="text"/>
Residente	<input type="text"/>	Via:	<input type="text"/>
Telefono:	<input type="text"/>	Cellulare:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Pec:	<input type="text"/>

Chiedo con la presente l'iscrizione al corso di formazione professionale.

Dichiaro altresì:

di essere Iscritto all'Albo Provinciale di Caserta dei: Medici Chirurghi Odontoiatri

con numero: dal :

Specializzazione in :
(se conseguita)

Il corso, totalmente a carico dell'Ordine Provinciale dei Medici-chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta, è riservato esclusivamente agli Iscritti, si svolgerà presso la sede dell'Ente, secondo le date e le modalità di iscrizione riportate sul sito internet all'indirizzo: www.omceocaserta.it

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, **acconsento al trattamento dei dati personali forniti**, al fine di permettere l'iscrizione e la regolare gestione dei miei dati per tutta la durata del corso sopra elencato.

Caserta, li

Firma