



**Iscrizione 1° Congresso Nazionale C.O.C.I.
Roma 12.05.18
“Innovazioni tecnologiche in odontoiatria per il
recupero e la preservazione dei tessuti”**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

Cognome.....

Nome.....

Data e Luogo di nascita.....

Recapito telefonico

Indirizzo e-mail

Indirizzo Residenza

C.A.P. Città Provincia

Iscritto/a All'Ordine Dei Medici Di Con Numero.....

Professione: **Odontoiatra** **Medico** **Igienista dentale**

Odontotecnico **Assistente alla poltrona** **Studente**

Profilo lavorativo **Libero Professionista** **Dipendente del SSN**

Convenzionato con il SSN

COCI Cenacolo Odontostomatologico Centro Italia

La informa che i suoi dati sono trattati nel rispetto della normativa in tema di privacy (decreto legislativo 196 del 2003), anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici e prevedendo la possibilità di una loro comunicazione a soggetti esterni coinvolti nella gestione dell'evento stesso: il conferimento di tali dati è obbligatorio in rapporto alla finalità di attribuzione dei crediti formativi ECM e comunque in quanto interessato lei è tutelato dai diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo 196 del 2003.

Data.....

Firma.....