

Ai fini della registrazione della presenza al corso ECM:

**“ La salute, un bene comune, una responsabilità di tutti”**  
**Obesity Day**  
LATINA, 10 Ottobre 2019

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I

INDIRIZZO ABITAZIONE: Via/P.zza \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

SEDE DI LAVORO \_\_\_\_\_  
(specificare se Distretto – Presidio – Dip.to ecc.)

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_ N. iscrizione Albo \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE/DISCIPLINA IN CUI SI OPERA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che per i **progetti** formativi l'assenza superiore al 10% del monte ore del Corso invalida il conseguimento dei crediti ECM assegnati al Corso stesso

*Autorizzo l'Azienda USL Latina, ai sensi del D Lgs 196/03, al trattamento dei miei dati per tutti i servizi connessi con l'attività formativa.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Parere favorevole del Dirigente UOC della Struttura di appartenenza**     SI                       NO

*Il modulo di iscrizione dovrà pervenire entro il 07 Ottobre 2019 alla seguente mail  
convegno.adilazio@gmail.com*