



**FNOMCeO**  
Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

**ORDINE  
PROVINCIALE DI:  
ORISTANO**



**Nome del Provider FNOMCeO ID 2603**

**Titolo dell'evento LE AGGRESSIONI AL PERSONALE SANITARIO: DIRITTO ALLA CURA, DIRITTO ALLA SICUREZZA. IL CASO SALUTE MENTALE.**

**Data 19 OTTOBRE 2024 ID Evento 430620 Edizione 1**

### **SCHEDA ANAGRAFICA**

Da compilare in stampatello in maniera chiara e leggibile  
e riconsegnare alla Segreteria o inviare alla seguente mail: [omeor@libero.it](mailto:omeor@libero.it)

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

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

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

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

DISCIPLINA \_\_\_\_\_

☐ LIBERO PROFESSIONISTA

☐ DIPENDENTE

☐ CONVENZIONATO

☐ PRIVO DI OCCUPAZIONE

ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

**La scheda, compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti previsti da AgeNaS e dal Ministero della Salute per l'accreditamento ECM.**

**La FNOMCEO, Provider per questo Evento, non si assume la responsabilità per l'inserimento di dati errati oppure illeggibili. Le schede incomplete non verranno accettate.**

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

*Ai sensi del Regolamento 2016/679/EU (GDPR), La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati solo per l'invio di materiale amministrativo e promozionale derivante dalla nostra attività. La informiamo, inoltre, che ai sensi degli artt. 12,13,15,17,18,20,21 Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge. Titolare del trattamento è FNOMCEO.*