La partecipazione al Corso è gratuita. Saranno riconosciuti n. **5 crediti** formativi ECM ai primi **40 partecipanti** (Medici Chirurghi di tutte le discipline). PER IL CONSEGUIMENTO DEI CREDITI ECM È NECESSARIO **PARTECIPARE IN PRESENZA**; si potrà assistere come uditore, senza riconoscimento dei crediti. L’evento sarà disponibile anche in streaming per tutti (senza ECM) collegandosi al link: [**https://fnomceo.webex.com/meet/chirurghi**](https://fnomceo.webex.com/meet/chirurghi). Le iscrizioni verranno accettate in base all’ordine di arrivo delle schede e fino al massimo previsto di 40 partecipanti, **ENTRO il 13 ottobre 2025. Inviare la scheda d’iscrizione compilata in ogni sua parte a mezzo FAX al numero 0575 300758 o via e-mail a** [**chirurghi@omceoar.it**](mailto:chirurghi@omceoar.it)**.**

**“DISAGIO GIOVANILE: PIÙ INTEGRATORI O PRESCRIZIONI VERDI?”**

**N° evento 2603- 464462 (5 crediti ECM)**

**Arezzo, sabato 18 ottobre 2025**

**Sede Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Arezzo - Viale Giotto, 134**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

□ MMG □ MEDICO Disciplina ECM*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Profilo professionale attuale:**

□ Dipendente □ Convenzionato SSN □ Libero professionista □ Senza occupazione

**Dati personali**

Cognome................................................................................................................................................

Nome......................................................................................................................................................

Luogo di nascita (Città e Prov.) .........................................................................................................

Data di nascita ......................................................................................................................................

Codice fiscale.........................................................................................................................................

Iscrizione Ordine/Albo Medici Nr. ...................... Prov ………………………...........................

**Indirizzo personale completo**

Via/Piazza..................................................................................-............................................................. N. ……....

CAP……….............. Città........................................................................................................... Prov. ....................

Tel.: ............................................ Cell.: .....................................................................................................................

**E-mail (obbligatoria ai fini dell’iscrizione):**

.....................................................................................................................................................................................

*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.*

*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 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.*

Data ............................................... Firma ..................................................................................................................................