La partecipazione al Corso è gratuita. Saranno riconosciuti n. **4 crediti** formativi ECM ai primi **50 partecipanti** (Medici Chirurghi di tutte le discipline e Odontoiatri). 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 50 partecipanti, **ENTRO il 12 dicembre 2023. 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****.**

***“*INFERTILITÀ E INQUINAMENTO AMBIENTALE: UN PROBLEMA ATTUALE E FUTURO*”***

**N° evento 2603 – 401385 (4 crediti ECM)**

**Arezzo, sabato 16 dicembre 2023**

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

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

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

□ ODONTOIATRA

**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 di riferimento: Nr. ...................... Prov ………………………...........................

**Indirizzo personale completo**

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

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

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

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

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

**INFORMATIVA PER LA TUTELA DEI DATI PERSONALI**

**Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679.**

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