La partecipazione al Corso è gratuita. Saranno riconosciuti n. **22,4 crediti** formativi ECM ai primi **40 partecipanti** (Medici Chirurghi di tutte le discipline e Odontoiatri). PER IL CONSEGUIMENTO DEI CREDITI ECM È NECESSARIO **PARTECIPARE IN PRESENZA**. Le iscrizioni verranno accettate in base all’ordine di arrivo delle schede e fino al massimo previsto di 50 partecipanti, **ENTRO il 4 ottobre 2022. 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****.**

***“PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE DELLE IMMERSIONI IN FORESTA: DEFINIZIONI, MODELLI ED ESPERIENZE PRATICHE”***

**N° evento 2603- 364168 (22,4 crediti ECM)**

**Arezzo, 08-09-10 ottobre 2022**

* **Sede Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Arezzo - Viale Giotto, 134**
* **Parco delle foreste casentinesi**

**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 ..................................................................................................................................