MODULO DI ISCRIZIONE

(compilare tutti i campi e inviare via e-mail)

**“Itinerario di Medicina Felina”**

**Villa Gazzani - Via D. Alighieri, 107/111 - Civitanova Marche MC**

Data **5 – 6 – 26 – 27 novembre 2022**

Partecipanti max 100 persone (iscritte in ordine di arrivo)

**Il corso è accreditato SPC**

**ATTENZIONE:** Per l’iscrizione **inviare in allegato copia via e-mail** [**ordvetmc@gmail.com**](mailto:ordvetmc@gmail.com) **dell’avvenuto versamento e del modulo di iscrizione alla segreteria dell’Ordine dei Medici Veterinari di Macerata** Il pagamento dovrà essere effettuato **entro il 31/10/2022** tramite:

* **bonifico bancario da versare sul c/c n. 4069 di Intesa San Paolo Ag. di Macerata (codice IBAN: IT 32 L 03069 13408 1000 0000 4069) intestato all'Ordine dei Medici Veterinari di Macerata**

specificando nella ***causale Corso SPC “Itinerario di Medicina Felina”* ed il nome e cognome del Medico Veterinario che frequenterà il corso.**

LA MANCATA COMUNICAZIONE DELLA RINUNCIA AL CORSO (PER QUALSIASI MOTIVO) COMPORTA UN INACCETTABILE SPRECO DI RISORSE MESSE A DISPOSIZIONE E UNA SCORRETTEZZA NEI CONFRONTI DEI COLLEGHI IN LISTA D’ATTESA. PERTANTO NON VERRA’ RESTITUITA LA QUOTA DI ISCRIZIONE.

Il sottoscritto chiede di essere iscritto al corso in oggetto. A tal fine fornisce i seguenti dati:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Veterinario dipendente | \_ | pubblico | \_ | libero professionista | \_ | Altro | \_ |

Ordine appartenenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Tel cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice. Fiscale                 

*In base alla L. 675/96 autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai soli fini del rapporto con il Min. della Salute, in relazione all’accreditamento ECM.*

*Poiché i posti sono limitati, l’invio della domanda di iscrizione non dà diritto automaticamente all’iscrizione al corso.*

*Accetto che saranno ammessi secondo l’ordine di presentazione della domanda i primi iscritti.*

Data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_