

Conegliano, 5 giugno 2015

Cognome: * _____

Nome: * _____

Via: * _____ N°* _____

Cap:* _____ Città: * _____

CF: * _____

Data e luogo di nascita:* _____

Tel.: * _____ e-mail: _____

Qualifica professionale: * _____

Specializzazione(per medici e psicologi): * _____

Ente di appartenenza: * _____

Ordine/Collegio/Ass.(rappresentativa della professione) di iscrizione:*

Provincia/Regione dell'Ordine/Collegio/Ass:* _____

Profilo professionale:*

- Dipendente del SSN Libero professionista
 Convenzionato SSN Altro

Provincia in cui opera prevalentemente:* _____

Fatturazione a: **

privato: indicare domicilio fiscale

ente di appartenenza: indicare sede legale e partita IVA

Accenso al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003

data

firma *

*Dati da compilare obbligatoriamente ai fini ECM Regionale

**Da compilare obbligatoriamente (solo se richiesta fattura)