



Cognome\*\* \_\_\_\_\_ Nome\*\* \_\_\_\_\_

Professione\*\* \_\_\_\_\_

Inquadramento professionale:\*\*

• L – Libero Professionista      • D – Dipendente      • C – Convenzionato      • P – Privo di occupazione

Disciplina (per Medico, Farmacista, Veterinario)\*\* \_\_\_\_\_

Azienda Ospedaliera\*\* \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Ordine Professionale \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita\*\* \_\_\_\_\_ Luogo di nascita\*\* \_\_\_\_\_ Prov.\*\* \_\_\_\_\_  
Stato di nascita\*\* \_\_\_\_\_  
CF\*\* /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Indirizzo residenza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città\*\* \_\_\_\_\_ Prov\*\* \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell\*\* \_\_\_\_\_

Email\*/\*\* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Email PEC\*/\*\* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**\*\* dato obbligatorio**

*Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e del Provider E.C.M. anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.*

info@opipavia.it

Si chiede cortesemente di inviare la scheda di iscrizione a Formazione OPI Pavia  
via mail [formazione@opipavia.it](mailto:formazione@opipavia.it)