



PRENDERSI CURA DELL'UMANO CHE E' IN NOI:
SPAZIO, LUOGO E TEMPO CON LA MEDICINA NARRATIVA

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**

[illegible]

Indirizzo residenza	n. civico
---------------------	-----------

Cap	Città**	Prov**
-----	---------	--------

Tel Cell**

Email**/***@

Email PEC @

* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avvenuta iscrizione ed eventuali comunicazioni.

**** dato obbligatorio**

Si prega di scrivere in modo leggibile.

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.

Data	Firma
------	-------

Di seguito si elencano le informazioni di contatto del Titolare:

OPI Pavia - Via Flarer 10 – 27100 Pavia info@opipavia.it

La invitiamo altresì a consultare l'informativa privacy di AGE.NA.S disponibile al link <https://ecm.agenas.it/privacy-policy>

Si chiede cortesemente di inviare la scheda di iscrizione a Formazione OPI Pavia
via mail formazione@opipavia.it