OPI PAVIA

CORSO 18/12/2026

LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

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._____

DATI PERSONALI

Data di nascita** _____Luogo di nascita**_____Prov.**_____

Stato di nascita**_____

CF** /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Indirizzo residenza_____n. civico_____

Cap_____Città**_____Prov**_____

RECAPITI

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