



5° Corso

# Medicina del Lavoro

30 Novembre - 14 Dicembre 2019

Sala Convegni "C. Catuogno" - Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri  
Via Settembrini, 8 - Catanzaro

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

Il Corso è a numero chiuso ed è prevista la partecipazione di n° 70 iscritti.

La Quota d'iscrizione da diritto a kit congressuale, lunch, attestato di partecipazione e crediti ECM.

Figure professionali accreditate: **Medici Competenti** specializzati in Medicina del Lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro - Epidemiologia e sanità pubblica - Igiene e Medicina Preventiva - Medicina Legale e delle Assicurazioni

**Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro**

**I Responsabili del servizio di prevenzione e protezione (RSPP) avranno diritto al kit congressuale, lunch, attestato di partecipazione.**

Per le iscrizioni è necessario effettuare il versamento sul c/c intestato alla Segreteria Amministrativa "Present&Future srls"

IBAN IT37U0306904404100000002128 - con causale "Iscrizione 5° CORSO MEDICINA DEL LAVORO - 2019" e compilare la scheda

d'iscrizione in stampatello ed inviarla corredata del versamento alla Segreteria Organizzativa "CHRONOS S.r.l Congressi & Eventi"

Piazza Larussa, 4 Palazzo Larussa - 88100 Catanzaro - Tel. 0961/744565 - 792566 - Fax 0961/709250

Email: congressi@presentfuture.it

Il pagamento della quota d'iscrizione potrà essere effettuato anche in sede congressuale.

120,00 Euro  
MEDICI COMPETENTI

80,00 Euro  
TECNICO DELLA PREVENZIONE

60,00 Euro  
RSPP

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

DATA di NASCITA: \_\_\_\_\_ LUOGO: \_\_\_\_\_ QUALIFICA PROFESSIONALE: \_\_\_\_\_

ENTE di APPARTENENZA: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

## DATI PER FATTURAZIONE

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

C.F. / P.IVA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

EVENTUALI ESENZIONI A TITOLO DI LEGGE \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti del D.L. 196/2003 e sue integrazioni, il/la sottoscritto/a autorizza il trasferimento dei propri dati personali al Ministero della Salute allo scopo di poter partecipare al Programma di accreditamento ed aggiornamento professionale previsto dalla legge. Autorizza, inoltre, la CHRONOS S.r.l. al trattamento dei propri dati ai fini unicamente inerenti le attività di aggiornamento. I dati saranno utilizzati unicamente per gli scopi indicati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_