

**“IL RUOLO DELL’ODONTOIATRA NELLA DIAGNOSI E SEGNALAZIONE DELLE  
REAZIONI AVVERSE A FARMACI DEL CAVO ORALE”**

**Evento n° 2603 - 481579 CREDITI ECM 4**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**(da compilare entro il 16/04/2026 e inviare a  
[segreteria@omceo.cuneo.it](mailto:segreteria@omceo.cuneo.it))**

Nome.....

Cognome .....

Qualifica .....

specializzazione .....

iscritto all’ordine professionale: .....

n° .....

Luogo di nascita .....Data di nascita .....

codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza .....n. ....

Città .....Prov..... CAP .....

Telefono ..... fax .....

cellulare ..... E-mail .....

Ente/Istituto di appartenenza

.....

Privacy

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento  
UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs.  
196/03

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_