

**MODULO DI ISCRIZIONE alla sessione formativa per medici certificatori della provincia di Ascoli Piceno sulla Riforma della Disabilità - Legge 22 dicembre 2021, n. 227 – Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62.**

**Data:** 28 febbraio 2026

- **Orario:** 10:15
  - **Piattaforma:** Microsoft Teams
- 

**Dati del partecipante**

Compilare tutti i campi in stampatello leggibile.

- **Nome:** \_\_\_\_\_
  - **Cognome:** \_\_\_\_\_
  - **Codice fiscale:** \_\_\_\_\_
  - **Numero di iscrizione all'Ordine dei Medici:** \_\_\_\_\_
  - **Provincia dell'Ordine dei Medici:** \_\_\_\_\_
  - **Indirizzo e-mail:** \_\_\_\_\_
- 

**Modalità di invio**

Il presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto, **deve essere inviato via e-mail** al seguente indirizzo:

 [direzione.ascolipiceno@inps.it](mailto:direzione.ascolipiceno@inps.it)

**Termine ultimo per l'invio: 26 febbraio 2026 ore 13:00**

---

**Informativa**

L'iscrizione è valida esclusivamente se pervenuta entro il termine indicato. Le informazioni fornite saranno utilizzate unicamente per finalità organizzative connesse alla sessione formativa.

---

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