



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI NAPOLI

SCHEDA D'ISCRIZIONE

L'ELENCO DEGLI AMMESSI SARÀ PUBBLICATO SUL SITO DELL'ORDINE

WWW.ORDINEMEDICINAPOLI.IT

FAC-SIMILE DI ISCRIZIONE DA TRASMETTERE ESCLUSIVAMENTE VIA FAX AL
081/7614387

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI

IO SOTTOSCRITTO DR. _____

NATO IL _____ A _____

RESIDENTE A _____

C.F. _____

LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA, ISCRITTO ALL'ALBO DEI MEDICI
CHIRURGHI DI CODESTO ORDINE AL N° _____

PROFESSIONE _____

DISCIPLINA _____

ATTIVITÀ SVOLTA

BARRARE LA PARTE CHE INTERESSA

- LIBERO PROFESSIONISTA
 DIPENDENTE
 CONVENZIONATO

CHIEDO

DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO ECM

*"ELABORAZIONE DI UN MODELLO ASSISTENZIALE MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO PER
LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DIABETE TIPO 2 ED OBESITÀ SECONDO I CRITERI DI
APPROPRIATEZZA CLINICA, STRUTTURALE ED OPERATIVA IN REGIONE CAMPANIA"*

05 OTTOBRE 2013

CHIEDO CHE OGNI EVENTUALE COMUNICAZIONE VENGA INVIATA AL SEGUENTE
INDIRIZZO: _____

R ECAPITO TELEFONICO N. _____ CELL. _____

E-MAIL _____

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN BASE ALL'ART. 13 DEL D. LGS. 196/2003.

DATA _____

FIRMA _____