



**Fac- simile istanza di iscrizione**  
**Da trasmettere esclusivamente via fax al n. 081/7614387**

**All'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri Napoli**

**Io sottoscritto Dr.** \_\_\_\_\_

**nato il** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_

**residente a** \_\_\_\_\_ **alla Via** \_\_\_\_\_

**professione** \_\_\_\_\_

**disciplina** \_\_\_\_\_

**Specializzazione** \_\_\_\_\_

<b>Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Codesto Ordine</b>	<b>Iscritto all'Albo degli Odontoiatri di Codesto Ordine</b>
al N.....	al N.....

Attività svolta (barrare la parte che interessa):

Libero professionista	<input type="checkbox"/>
Dipendente	<input type="checkbox"/>
Convenzionato	<input type="checkbox"/>

**CHIEDO**  
**di essere iscritto al Corso ECM (2014)**

**“Arresto Cardiaco e Defibrillazione”**

**Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:**

\_\_\_\_\_

**Recapito telefonico n.** \_\_\_\_\_ **CELL.** \_\_\_\_\_

**e-mail** \_\_\_\_\_

**Firma**

**Data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_