



Modalità di iscrizione

Gli interessati dovranno inviare il fac-simile, debitamente compilato, al fax dell'Ordine saranno iscritti al corso i primi **100** richiedenti, secondo l'ordine cronologico di arrivo dei fax.

(farà fede la data e l'orario del report del fax ricevente)

L'elenco degli ammessi sarà pubblicato sul sito dell'Ordine

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 _____

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi

Al N°

Attività svolta (barrare la parte che interessa):

Libero professionista	☐
Dipendente	☐
Convenzionato	☐

CHIEDO di essere iscritto al Corso ECM

“La Certificazione Cardiologica in Ambito Previdenziale e Assistenziale. Profili di Responsabilità Professionale”

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Firma

Data _____