

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	☐

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

“Corso di formazione sui temi del genere,

dell'orientamento sessuale e dell'intersessualità”

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Data _____

Firma _____

