

# "La transizione in pediatria, il passaggio dal pediatra al medico dell'adulto nelle malattie croniche"



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

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

disciplina \_\_\_\_\_ Specializzazione \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi  
Al N° .....

Attività svolta (barrare la parte che interessa):

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

CHIEDE di essere iscritto al Corso ECM.

Chiede altresì che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

*Firma*

Data \_\_\_\_\_