

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 _____

Iscritto all'Albo al Numero _____

(Barrare la Specializzazione posseduta)

Medicina generale <input type="checkbox"/>	Neurologia <input type="checkbox"/>	Neuropsichiatria infantile <input type="checkbox"/>	Pediatria <input type="checkbox"/>	Psichiatria <input type="checkbox"/>
--	--	---	---------------------------------------	---

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

“Psicopatologia dell'adolescenza, della coppia e della famiglia”

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Firma _____

Data _____

L'elenco degli ammessi sarà pubblicato sul sito dell'Ordine Per il 30/05/14