

"Disease Management dell'Obesità Pediatrica: La Rete Integrata Ospedale-Territorio"

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 _____

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

