



Fac- simile istanza di iscrizione

Da trasmettere esclusivamente via fax al n° 081/7614387

All'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Napoli

Si raccomanda di scrivere in stampatello ed in modo chiaro. L'errata lettura dei dati da trasmettere al Ministero potrebbe precludere la concessione dei Crediti Formativi

Io sottoscritto Dr. _____

nato il _____ a _____

Codice Fiscale _____

residente a _____

alla Via _____

iscritto all'Albo di al N°

professione _____ disciplina _____

Specializzazione _____

Attività svolta (barrare la parte che interessa):

- ☐ Libero professionista
☐ Dipendente
☐ Convenzionato

CHIEDO

di essere iscritto al Corso:

LA TERAPIA DELLE LESIONI DI ORIGINE ENDODONTICA

Che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ **Cell.** _____

e-mail _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma _____