

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

CHIRURGIA ORALE E CHIRURGIA IMPLANTARE COMPUTER ASSISTITA

Sabato 25 febbraio 2017
Sala Conferenze Ordine dei Medici di Caserta

Dati anagrafici partecipante:
(IN STAMPATELLO)

Cognome Nome

Luogo di nascita Prov. Data di nascita/...../.....

Codice Fiscale

Professione Medico Chirurgo Odontoiatra

Specializzazione

Iscritto all'Ordine dei Medici di Iscr. n°

Residente Via..... n°

Città Prov. CAP

Cell. e-mail

PEC.

Ente di appartenenza

Dipendente Libero professionista Convenzionato Privo di occupazione

LE SCHEDE INCOMPLETE O ILLEGIBILI NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE

Informativa resa all'interessato. Art.13 D.lgs.196/2003 – Legge sulla Privacy.

Sottoscrivendo il presente, l'interessato autorizza il trattamento dei dati personali, per la finalità connesse e strumentali all'attività organizzativa.

Data

Firma