



**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/a Dr./Dr.ssa** \_\_\_\_\_

**Nato/a il** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_

**residente a** \_\_\_\_\_ **alla Via** \_\_\_\_\_

**professione** \_\_\_\_\_ **disciplina** \_\_\_\_\_

**Specializzazione** \_\_\_\_\_

**Isritto all'Albo dei Medici Chirurghi**

**Al N°** \_\_\_\_\_

**Isritto all'Albo degli Odontoiatri**

**Al N°** \_\_\_\_\_

**Attività svolta (barrare la parte che interessa):**

- Libero professionista**
- Dipendente**
- Convenzionato**

**L'elenco degli iscritti sarà pubblicato  
sul sito dell'Ordine**

**5 crediti formativi**

**CHIEDO di essere iscritto/a al Corso ECM**

## **Donne & Uomini in Medicina**

**Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:**

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

**Data** \_\_\_\_\_



**Firma** \_\_\_\_\_