



COMUNICAZIONE DATI

ESTREMI ISCRITTO: ALBO MEDICI CHIR. (n.) ALBO ODONT. (n.)

COGNOME E NOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

RESIDENZA ANAGRAFICA: COMUNE:(.....) CAP.....

VIA

RECAPITI TEL.

DOMICILIO PROFESSIONALE: ST. MEDICO ST. ODONT.

COMUNE:.....CAP.....

VIA

RECAPITI TEL.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA:

Residenza Domicilio sbarrare la relativa casella o compilare se trattasi di dimora diversa

COMUNE:.....CAP.....

VIA

E-MAIL

PROFESSIONI:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> titolare continuità assistenziale | <input type="checkbox"/> medico di famiglia |
| <input type="checkbox"/> dipendente casa di cura privata | <input type="checkbox"/> medico fiscale INPS |
| <input type="checkbox"/> dirigente medico ASL | <input type="checkbox"/> medico militare |
| <input type="checkbox"/> dirigente medico ospedaliero | <input type="checkbox"/> pediatra di libera scelta |
| <input type="checkbox"/> emergenza territoriale | <input type="checkbox"/> specialista ambulatoriale |
| <input type="checkbox"/> libero professionista | <input type="checkbox"/> specialista convenzionato esterno |
| <input type="checkbox"/> medicina dei servizi | <input type="checkbox"/> universitario |

SEDE ATTIVITA':

Eventuali titoli (specializzazione, master univ., dottorato di ricerca, corso di perfezionamento) vanno comunicati all'Ordine producendo copia di certificato o relativa autocertificazione del medico completa dei dati di conseguimento (sede, data, votazione)

----- ALLA PRESENTE SI ALLEGA COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO -----