



## 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. ....

E MAIL .....

PEC .....

### INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA:

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

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

VIA .....

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** -----