



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI COMO

A SCUOLA SENZA PAURA

FOBIA SCOLARE: QUALI SIGNIFICATI E QUALI RISPOSTE

SCHEDA DI ISCRIZIONE

NOME

COGNOME

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

PROFESSIONE:

MEDICO CHIRURGO

ODONTOIATRA

DISCIPLINA MEDICA

CODICE FISCALE

RESIDENTE A PROV. CAP.

VIA

TELEFONO FAX

E-MAIL

POSIZIONE LAVORATIVA:

DIPENDENTE

LIBERO PROFESSIONISTA

Firma _____

La segreteria scientifica, in conformità al D. Lgs. 196/03, La informa che i dati rilasciati sono coperti da riservatezza e finalizzati esclusivamente all'invio di informazioni congressuali.

SI PREGA DI INVIARE LA PRESENTE SCHEDA:

via e-mail all'indirizzo: segreteria@omceoco.it - oppure via fax al n° 031/572466
entro il giorno 8 Maggio 2018